جـــــامعـــــة اليـــــــرمـــــوك
كلـــيـــة الـــتـــــــــربـــيـة
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية

The Effect of a Group Counseling Program on Reducing Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder among a Sample of Primary School Students

إعداد

عبدالرحمن محمد عبدالله عبدالله

إشراف

الدكتور عبد الكريم محمد جرادات

حقل التخصص- الإرشاد النفسي

2014

أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية

إعداد

عبدالرحمن محمد عبدالله عبدالله

بكالوريوس إرشاد نفسي جامعة اليرموك، 2006م

مـــاجستير إرشـــاد نفسي جامعة اليرموك، 2009م

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الفلسفة تخصص الإرشاد النفسي في جامعة اليرموك، إربد، الأردن

وافق عليها

الدكتور عبدالكريم جرادات..مشرفاً ورئيساً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

الأستاذ الدكتور عدنان العتوم ....عضوًا

أستاذ في علم النفس التربوي، جامعة اليرموك

الدكتور قاسم سمور..عضوًا

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

الدكتور رعد لفتة الشاوي..عضوًا

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

الدكتورة سعاد غيث..عضوًا

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي الجامعة الهاشمية

تاريخ مناقشة الأطروحة

2014/ 5 /8

الإهـــداء

بعد الاستعانة بالله والحمد لله الذي علمني حرفاً

وزودني بالعلم والمعرفة . . . أُهدي هذا العمل المتواضع

إلى والدي ووالدتي . . . أطال الله عمرهما وأدام عليهما وافر الصحة والعافية فهما مصدر قوتي

وإرادتي ولهما الفضل بعد الله في إكمال دراستي . . .

إلى زوجتي الغالية وعد مصدر فرحي وسعادتي وطالما وقفت لجانبي . . .

إلى ابني الغالي وفلذة كبدي يزن . . .

إلى إخواني وأخواتي الأعزاء . . .

إلى أصدقائي الأعزاء ورفقاء دربي صالح درادكة ومحمد الجراح وأحمد الجراح . . .

أُهدي لكم جميعاً هذا الجهد المتواضع . . .

الباحث

عبدالرحمن محمد عبدالله

الشكر والتقدير

بعد إتمامي لهذا الجهد العلمي المتواضع، فأول الأشخاص الذين يستحقون منى الشكر بعد الله عز وجل هو أستاذي الجليل والفاضل الدكتور عبد الكريم جرادات، الذي شرفني بقبوله بالإشراف على رسالتي، فلم يبخل عليّ يوماً بعلمه وآرائه القيِّمة لإخراج هذه الرسالة بأفضل حللها. فلك مني فائق الشكر والامتنان والتقدير وأطلب من الله عز وجل أن يجعلها في ميزان حسناتك.

أما مناقشي هذه الأطروحة الدكتور عدنان العتوم و الدكتور قاسم سمور والدكتور رعد الشاوي والدكتورة سعاد غيث فلكم مني كل الشكر والتقدير بقبولكم مناقشتي لهذه الأطروحة، ولما بذلتموه من جهد في قراءة الأطروحة وتقديم ملحوظات لها بالغ الأثر في إثراء هذه الأطروحة، فلكم مني كل الشكر والعرفان.

ولا أنسى أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى أعضاء الهيئة التدريسية في قسم علم النفس الإرشادي والتربوي لما بذلوه من جهد في تقديم كل ما هو مفيد خلال مدة دراستي فلكم مني جُل الشكر والتقدير.

ولا أنسى أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى مدرسة جحفية الثانوية الشاملة للبنين ممثلة بمديرها الفاضل السيد أحمد ياسين الجوارنة ومعلميها الأفاضل وأخص بالذكر الأستاذ عبدالله العمري الذين لم يبخلوا عليّ بالعون والمساعدة لإكمال أطروحتي.

الباحث

عبدالرحمن محمد عبدالله

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

الشكل	الصفحة

قائمة الملاحق

الملخص

عبدالله، عبدالرحمن محمد عبدالله. أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية. أطروحة دكتوراه. جامعة اليرموك، 2014. (المشرف د. عبد الكريم جرادات).

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية. تكونّ مجتمع الدراسة من (220) طالباً في الصفوف الثامن والتاسع والعاشر في إحدى مدارس لواء المزار الشمالي. ولتحقيق أهداف الدراسة طور الباحث مقياساً للوسواس القهري تكون من (36) فقرة، بالإضافة لعمل مقابلات تشخيصية لجميع أفراد العينة الذين حصلوا على أعلى الدرجات على المقياس المُعد. وبناءً على درجات أفراد مجتمع الدراسة على مقياس الوسواس القهري تم اختيار عينة الدراسة التي تكونت من (20) طالباً تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين: تجريبية تألفت من (10) طلاب، وضابطة تألفت من (10) طلاب. تلقت بعده المجموعة التجريبية برنامجاً إرشادياً جمعياً لخفض مستوى اضطراب الوسواس القهري تكون من (12) جلسة إرشادية، أمّا المجموعة الضابطة فلم تتلقَ أي نوع من العلاج.

أظهرت نتائج الدراسة أنّ المجموعة التجريبية انخفض لديها مستوى الوسواس القهري على جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري وبشكل دال إحصائياً مقارنة مع المجموعة الضابطة في القياس البعدي وفي قياس المتابعة فيما كان حجم أثر البرنامج كبيراً في كلا القياسين، وهذا ما يؤكد ثبات فعالية البرنامج الإرشادي، بالإضافة لفعالية البرنامج الإرشادي في خفض جميع أنواع الوساوس القهرية المتعلقة بالنظافة والشك والبطء. وفي ضوء هذه النتائج قدم الباحث عدداً من التوصيات من أهمها توظيف الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية ومن بينها استراتيجية رواية القصة في خفض الوساوس القهرية لدى طلبة المرحلة الاساسية.

الكلمات المفتاحية: برنامج الإرشاد الجمعي، اضطراب الوسواس القهري.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة

نظرا لتسارع عجلة الحياة وزيادة تعقيداتها وضغوطاتها ومتطلباتها المختلفة، ظهرت جراء ذلك كثير من الاضطرابات النفسية التي أصبح يعاني منها الأفراد على اختلاف مستوياتهم العمرية أطفالاً كانوا أو مراهقين أو راشدين، فأصبح لها التأثير الواضح على جميع نواحي حياتهم الاجتماعية منها والنفسية والاقتصادية والأكاديمية فمن هذه الاضطرابات اضطراب الوسواس القهري.

تعود بداية وصف اضطراب الوسواس القهري لسكيرول (Esqiurol) عام 1838م وقد أشار إليه بعدها الطبيب الألماني إميل كريبلين (Kraplan) بمصطلح (Zwangsneurose) فقد تم ترجمتها للبريطانية لتعني (Obsession) أي الوسواس، وتم ترجمتها للأمريكية لتعني (Compulsion) أي القهر، إذ تم دمج كلا المصطلحين لتسهيل التعرف عليه بمصطلح يسمى الوسواس القهري (Obsession Compulsion) ليتم الاشارة إلى أنّ الاضطراب يشمل جانبين اولهما: الوساوس الذي يشمل الأفكار وما تحتويه تلك الأفكار، وثانيهما: الأفعال التي تشمل السلوكات القهرية المتكررة، فيما تعددت الترجمات العربية للمصطلح، مثل: العصاب القهري، اضطراب الوسواس القهري العصاب الهاجسي، العصاب الاستحواذي وغيرها (كولز، 1992). فكلا المصطلحين الوسواس والقهر لهما معانٍ مختلفة فالوساوس عبارة عن أفكار متكررة مقحمة (Intrusive) تكون من نتاج عقل الفرد تؤدي لزيادة درجة القلق، والضيق لديه، أمّا القهر فيتمثل

بالأفعال القهرية التي تشتمل على سلوكيات جسمية أو ذهنية يقوم بها الفرد لمنع حدوث القلق أو خفض مستوى القلق والكرب الناتج عن الوسواس (Greer, 2005).

ويتصف اضطراب الوسواس القهري بوجود أفكار متكررة غير مرغوبة من قبل الفرد تقتحم تفكيره رغما عنه وبشكل خارج عن سيطرته محاولاً تجاهلها والتخلص منها، إذ يقوم الفرد أيضا بتكرار القيام بأفعال لا يمتلك الفرد القدرة في التوقف عنها إذ يدرك أنّ هذه الأفكار والأفعال القهرية زائدة عن الحد تعمل على خفض درجة القلق أو الكرب التي تنتابه إذ تستمر لفترة محددة ومن ثّم تظهر مرة أخرى، مما تدفع الفرد لتكرار أفعاله القهرية بشكل زائد عن الحد. فهي تودي إلى إهدار وقت الفرد لمدة تتجاوز الساعة يوميا، وتؤثر سلبا على مختلف جوانب حياته العامة المهنية والاجتماعية والنفسية، إذ أنّ معاناته قد تستمر لعدة سنوات إن لم يتلق أيّ علاجٍ (Mcguire, 2012).

يعتبر اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات الشائعة بين الناس، فهو ينتشر بشكل ظاهر وخفي معتمدا في ذلك على طبيعة المجتمع وعاداته فيما يتعلق بالمرض النفسي، إذ يندرج هذا الاضطراب تحت ما تسمى باضطرابات القلق وذلك ضمن تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (Diagnostic & Statistical manual of Mental Disorder) DSM-5 الصادرة عن جمعية علم النفس الأمريكية (American Psychiatric Association [APA], 2013)، إذ يشمل إما على أفكار وإما على أفعال متكررة ليس للفرد القدرة على إيقافها والسيطرة عليها (Nasayuki, Masahio, & Yashio, 2003).

تعريف الوسواس القهري:

لغة

يعرف الوسواس لغة في أغلب معاجم اللغة العربية بأنه حديث النفس فيقال وسوست إليه نفسه وسواساً بكسر الواو أمّا بفتح الواو وَس فهي اسم للشيطان ويعني الوسواس أيضا العوض وهي همس الصياد الذي يتربص لفريسته.

أمّا القهر: فهو الغلبة فيقال قهره قهراً أي: غلبة فهو قاهر فيقال أخذهم قهراً أي: عن غير رغبة ورضى منهم ويقال فعلة قهراً أي بغير رضاء منه (معجم اللغة العربية، 2004).

اصطلاحا:

هنالك عدة تعريفات للوسواس القهري، فقد يعود تعدد تلك التعريفات لتعدد النظريات التي فسرت هذا الاضطراب، بالإضافة للاختلاف حول أسباب نشأة هذا الاضطراب. فعّرفه مارس ومولي (March & Mulle, 1998) بأنه حالة نفسية تتسم بوجود إما أفكار متكررة واقتحامية وإمّا أفعال عقلية أو سلوكية متكررة تهدف عادة إلى الحد من التوتر، والقلق الذي يعاني منه الفرد.

أمّا القائمي (1996) فيعّرفه بأنّه عبارة عن هواجس نفسية تأتي على شكل أفكار، وأوهام، وميول، ورغبات، أو اندفاع مصحوب بمشاعر إكراه داخلي جارف. وأساس ذلك هيجان داخلي حاد يتجسد على هيئة سلوك غير متزن لدى الإنسان وتظهر هذه الأفكار والسلوكيات والتي تسبب في إزعاج الآخرين بشكل لا أرادي في القسم الشعوري من عقل الإنسان فتكون في حالة مواجهة وتناقض مع الأنا، أو مع الشخصية متسببّة في الاضطراب. أمّا دويدار (2005) فيعرفه بأنه نوع من الأمراض النفسية تتميز باضطرار الفرد لأن يُبدى آراء، أو يقوم بسلوكيات وحركات رغماً عنه وبغير أرادته مع معرفته أنّها لا تتفق والمنطق العام لمجتمعه وعاداته، بصور لا يستطيع تركها أو التحرر من أدائها.

ويذكر جاكتدار (Jakatdar, 2010) أنّ اضطراب الوسواس القهري هو أحد الاضطرابات المعرفية، والانفعالية، والسلوكية التي تؤثر سلباً على مستوى قيام الفرد بنشاطاته ووظائفه اليومية المعتادة. بينما يعرّفه كل من ياجيتر وجورير وتايراكم (Yigiter, Gurer, & Tiryakim, 2013) على أنّه أحد الاضطرابات التي تتصف بوجود وساوس، وسلوكيات قهرية تسبّب للفرد التوتر، والضغط النفسي.

أما ماغوير (McGuier, 2012) فيعّرفه بأنّه اضطراب نفسي يتصف بوجد أفكار وأفعال قهرية متكررة لا يستطيع الفرد السيطرة عليها والتحرر منها مع إدراكه بأنها زائدة عن الحد المعقول. أما أبو هندي (2003) فيعرفه على بأنه فعلاً عضلياً أو حركياً بالمعنى المعروف، كأن يغسل المرء يديه أو ينظف مكان جلوسه أو أن يلمس المقبض إلى آخره، أو يكون فعلاً عقلياً كان يعد الإنسان عدداً معنياً من الأرقام أو يسترجع في ذهنه جملة أو مقولة ما أو مقطعاً من أغنية ما.

أمّا الشخصية الوسواسية تتميز عن اضطراب الوسواس القهري بأنّها تتصف ببعض الصفات الإيجابية مثل: الدقة، والمثابرة، والانهماك بالترتيب، كما أنّ أصحابها يضعون لأنفسهم مستويات مرتفعة يطمحون من خلالها الوصول للكمال، ويهتمون بالقواعد الاجتماعية، والأخلاقية، وقد يترافق مع هذه السمات بعض السلبيات كالعناد، والتصلب، والجدية الزائدة، وغياب روح الفكاهة، وقد نجد كثيراً منهم يمارس مهناً مختلفة محققين فيها نجاحات باهرة يشعرون جرائها بالسعادة والراحة (سرحان، 2008). إذ إشارات غالبية الدراسات الارتباطية لوجود ارتباط ضعيف بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية (Freeston, Reheeam, & Ladouceu, 1996).

أما الباحث فيرى أن اضطراب الوسواس القهري هو عباره فكرة أو مجموعة من الأفكار المتسلطة أو السلوكيات الجبرية التي تفرض نفسها بنفسها على الفرد، إذ تظهر بشكل متكرر وقوة

لدى الفرد تلازمه وتستحوذ عليه، بصورة لا يستطيع مقاومتها رغماً من أدراكه ووعيه بغرابتها، وسخافتها، وعدم فائدتها بالنسبة له، إذ يشعر جّراء ذلك بالقلق والضيق إذا قام بمقاومتها، ويشعر بإلحاح داخلي مستمر لتأديتها وتكرارها.

النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري:

تعددت الاتجاهات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري فظهرت العديد من النظريات المفسرة لهذا الاضطراب، ومنها:

اولاً: نظرية التحليل النفسي:

فسرت نظرية التحليل النفسي اضطراب الوسواس القهري بأنّه عبارة عن أعراض ناتجة عن صراعات نفسية داخلية لدى الفرد؛ وذلك نتيجة خبرات مؤلمة كبتها الفرد خلال المرحلة الشرجية، فقد أشارت النظرية بأنّ الوساوس القهرية عبارة عن وسيلة يستخدمها الفرد للتعبير عن تلك الخبرات المكبوتة في تلك المرحلة، إذ أكدت النظرية بأن هنالك ثلاث حيل دفاعية ترتبط ارتباطاً مباشراً باضطراب العصاب القهري، هي: النكوص، والعزل، والتكوين العكسي، وأشارت النظرية إلى أنّ وسائل الدفاع الأولية هذه تعمل على تحديد شكل وكيفية حدوث الوسواس القهري لدى الفرد، وبينت أنّ بعض الأفراد يكونون أكثر عرضة لإصابتهم باضطراب الوسواس القهري، فهؤلاء لديهم تثبت في المرحلة الشرجية بالإضافة لخلل واضح في استخدام آليات الدفاع الأولية (جودة، 2005). إن اضطراب الوسواس القهري حسب نظرية التحليل النفسي ارتبط بآليات الدفاع الأولية وأهمها آلية النكوص(Regression)، وتشدد الأنا الأعلى والتثبت خلال المرحلة الشرجية (عبدالخالق والدماطي، 1995).

ثانيا: النظرية السلوكية:

اعتمدت النظرية السلوكية في تفسيرها لاضطراب الوسواس القهري على مبادئ نظرية التعلم، إذ ترى بأنّ أي سلوك من شأنه أن يخفض القلق والكرب يتم تعزيزه ويتم معاودة تكرار هذا السلوك، فالوسواس والأفعال القهرية شأنها شأن السلوكيات الأخرى يتم تعلمها واكتسابها (سعفان، 2003). أمّا الخالدي (2006) فيرى بأنّ الوسواس القهري عبارة عن نمطٍ مرضي يتم تعلمه واكتسابه إذ يعود لخبرات معرفية اكتسبها الفرد في مرحلة الطفولة. ويرى راتشمان (Rachman, 1993) أنّ الفرد يقوم بتكرار تلك الأفعال القهرية لتجنب عقوبة ستصيبه، والتي قد تأخذ عدة أشكال فقد تكون بشكل انتقاد من المحيطين أو شعور داخلي بالذنب.

أمّا بارلو (2003) يرى أنّ الوسواس القهري يحدث في مرحلتين: الأولى أنّ المثير المحايد يرتبط ببدايته بالقلق والخوف وذلك لاقترانه بمثير يحدث القلق، والثانية: من خلال العمليات الشرطية تكتسب الأفعال، والأفكار القهرية صفة الشرطية فتصبح لها القدرة على إثاره القلق.

ثالثاً: النظرية المعرفية:

يري أصحاب النظرية المعرفية أنّ اضطراب الوسواس القهري ينتج عن وجود أفكار خاطئة لاعقلانية لدى الفرد، كفكرة أنّ على الفرد أن يتصف بالكمالية في جميع المجالات لكي يحظى بالاحترام والتقدير، وأخرى الفاشل يجب أن يعاقب بشكل صارم (بيار،1990). أما بيك (2000) فيرى أن الأفكار الوسواسية الخاطئة تؤدي للقلق والكرب، والتي تعود بدورها لظهور أفكار وسواسية خاطئة، وظهور كثير من السلوكيات الوسواسية الجديدة، والتي تبقي المريض في دائرة مغلقة يصعب عليه الخروج منها إذا لم يتلق العلاج المناسب.

وتؤكد النظرية المعرفية السلوكية المفسرة لاضطراب الوسواس القهري أنّ معظم الأفراد يتعرضون في حياتهم لبعض الأعراض المشابهة لأعراض الوساوس القهرية، في حين يشير كل من دورون و ديربي و سزبسنول وتالمور (Doron, Derby, Szepsenwol, & Talmor 2012) إلى أنّ الوسواس القهري هو اضطراب نفسي ينتج عن عدم قدرة الفرد على تفسير الأفكار اللاعقلانية التي يفكر بها، واستخدامهم لعمليات معالجة للمعلومات غير قادرة على إعطائه تفسيرات منطقية لتلك الأفكار مما يدفعهم إلى تبني بعض السلوكيات الخاطئة والتي تعد من أهم أعراض اضطراب الوسواس القهري.

رابعاً: التعلم الإجتماعي:

فسرت النظرية الاجتماعية اضطراب الوسواس القهري على أنّه سلوك متعلم، ومكتسب من البيئة المحيطة بالفرد وذلك خلال مرحلة الطفولة. فقد أكدت النظرية على دور النموذج، والتقليد في نشأة العصاب القهري إذ أن صفات الوالدين كالتشدد، والتردد، والقسوة، وإتباعهم لنمط تنشئة اجتماعية يتسم بالصلابة والحماية الزائدة أو الإهمال له دور الكبير في نشأة الاضطراب (سعفان، 2003). وهذا ما أكدته دراسة الجرجوس (2012) على عينة من الطلبة من الذكور والإناث في جامعة البعث في سوريا الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري التي هدفت للكشف عن العلاقة بين أنماط المعاملة الوالدية واضطراب الوسواس القهري عند الشباب الجامعي. وأشارت بأن إتباع الوالدين لنمط تنشئة اجتماعية يتصف بالتسلط أو الإهمال أو الرفض أو الحماية الزائدة، من شأنه أن يسهم في نشأة اضطراب الوسواس القهري وله القدرة على التنبؤ بحدوثه مستقبلاً.

الوسواس القهري والاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأعراض المشتركة في كلا من الاضطرابات النفسية وخاصة العصابية، إذ يعرف ببيك (Beck, 1991) بأنّه اضطراب في المزاج ينتج عنه مجموعة من أنماط التفكير الخاطئة، إذ ينتج عن طريقة الفرد الخاطئة في معالجة المعلومات وتفسير الأحداث وعن النظرة السلبية لذاته، والآخرين، والمستقبل أمّا الطيب (1994) فيعّرف الاكتئاب كمرض عصابي بأنّه حالة تصيب الفرد نتيجة لتعرضه لبعض المواقف المؤلمة، والمزعجة إذ تحدث كمحاولة من الفرد للتقليل من حدة القلق الذي ينتابه يرافقها تدني ملحوظ في تقدير الذات.

يرتبط الوسواس القهري بكثير من الاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب واضطرابات القلق الأخرى. فقد تبين وجود تاريخ عائلي قوي للاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، إذ يعاني حوالي ثلثي مرضى الوسواس القهري من حالة اكتئاب واحدة على الأقل في إحدى مراحل تطورهم. فالبعض يرى أنّ مرض الوسواس القهري يسبب الاكتئاب بينما آخرون أشاروا إلى أنه يصاحب الاكتئاب (Denys, Tenney, Van Megen, Geus, & Westenberg 2004).

وتؤكد بيج (Paige, 2004) في دراستها إلى أنّ هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين اضطراب الوسواس القهري، وبين تطور اضطرابات نفسية متعددة من أهمها: الاكتئاب الذي يشير إلى أنّ هذا الاضطراب النفسي يؤدي بالضرورة لتطوير اضطرابات نفسية خطيرة، مثل: الاكتئاب لدى الأفراد في مختلف مراحلهم العمرية.

وفي نفس السياق ذكر افارسونو وجرانكفيست وجيلبرج وبرودبرج (Ivarsson, Granqvist, Gillberg & Brodberg 2010) أنّ الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الوسواس القهري كانوا أكثر نزعة نحو إظهار أعراض الاكتئاب والوحدة

وعدم تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، مما يشير بشكل واضح إلى أنّ هذا الاضطراب يؤثر سلباً على النشاطات اليومية التي يقوم بها الأفراد في حياتهم اليومية.

ومن الملاحظات التي تشير إلى وجود علاقة بين اضطراب الوسواس القهري، واضطراب الاكتئاب أنّ المسار المرضي لاضطراب الوسواس القهري من الممكن أن يأخذ الصبغة الدورية، وهذا يعنى أنّ الأعراض الخاصة بالاضطراب تظهر وتختفي، وهذا يتشابه واضطراب الاكتئاب الدوري، إضافة إلى أن مرضى الاكتئاب هم أيضا يعانون من أفكار قهرية، واندفاعات تكون أشبه بالاندفاعات الموجودة لدى مرضى الوسواس القهري، وتظهر العلاقةُ بينَ الاكتئاب والوسواس القهري عند النظرَ إلى نوع الأدوية التي تعطي لمرضى الوساوس القهرية فكلُّ الأدوية التي تعالجُ اضطراب الوسواس القهري إنّما هيَ أدوية تعالجُ الاكتئاب أصلا بغض النظر عن وجود أعراض اكتئاب أو عدم وجودها لدى الفرد، ولكنَّ في المقابل ليست كل الأدوية التي تعالجُ الاكتئاب تستخدم لعلاج اضطراب الوسواس القهري، فلا بد من أن تكونَ لها مفعولُ لزيادة الناقل العصبي السيروتونين (أبو هندي، 2003).

الوسواس القهري والقلق:

يعد اضطراب الوسواس القهري أحد أهم اضطرابات القلق لما له من تأثير واضح على الأفراد بكافة مراحلهم العمرية، وخاصة المراهقين. فقد اشارت أغلبية الدراسات إلى أنّ نسب انتشار الوسواس القهري بين المراهقين تتراوح بين (2-3%) وهي نسب متدنية إلى حدٍّ ما ويرجع ذلك لطبيعة المرحلة العمرية وحساسية أفرادها فهم دائما ما يميلون لإخفاء الأعراض لغرابتها، ودائما ما يلجأون للعلاج بفترة متأخرة بعدما أن يكون الاضطراب ترك كثيراً من الآثار السلبية، وخاصة على النواحي الأكاديمية، والعلاقات الاجتماعية، إذ ما يقارب (50%) من حالات اضطراب الوسواس

القهري، التي يتم معالجتها لاحقا، ترجع بداية ظهور أعراض الوسواس القهري لديها إلى ما قبل سن(15) عاماً (Nissen & Tomsen, 2008).

يُعد القلق (Anxiety) من أكثر المفاهيم النفسية تعقيداً، وذلك لصعوبة تحديد الأسباب المسؤولة عن حدوثه فأغلبية الدراسات حول القلق تشير لأهمية العوامل البيولوجية، والمعرفية كأخطاء التفكير لدى الفرد كمسببات أساسية لحدوث القلق (Fridman, 2003).

يعرف شبيلبيرجر (Speilberger, 1983) القلق بأنّه: حالة انفعالية داخلية مصحوبة بردود فعل فسيولوجية نتيجة إثارة النظام العصبي اللاإرادي في لحظة تتسم في الخوف، والتوتر والعصبية. وميز شبيلبيرجر (Speilberger) بين نوعين من القلق هما: القلق كحالة والقلق كسمة. فالقلق الذي نشعر به في موقف محدد وينتهي بانتهاء الموقف يطلق علية القلق كحالة " State Anxiety" أمّا القلق كسمة "Trait Anxiety" فهو استعداد يكتسبه الفرد ويبقى كامناً لديه حتى تحفزه مثيرات داخلية أو خارجية فتثير ما يسمى بقلق الحالة. أما بارلو (Barlow, 2002) فيعّرف القلق بأنّه حالة مزاجية تتعلق بالمستقبل وفيه يكون الفرد على استعداد للتعامل مع الأحداث السلبية القادمة، مما يشير للتمييز بين الأخطار المستقبلية مقابل الأخطار الراهنة الذي يفرق بموجبه بين القلق والخوف.

وعليه يشترك مريض القلق، ومريض الوسواس القهري في قلقهما على الحالة الجسمية، ومخاوف أخرى مشتركة كالمخاوف المرضية المرتبطة بالقذارة وانتقال العدوى، فقد أشارت أغلبية الدراسات لارتباط الوسواس القهري مع اضطرابات القلق، فقد أجرى كل من ياجيتر وجورير وتايراكم (Yigiter, Gurer, & Tiryakim, 2013) دراسة للكشف عن العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري وقلق السمة لطلبة المرحلة الثانوية الذين لا يمارسون الرياضة بانتظام تكونت العينة من (140) مدرسة ثانوية في تركيا. وقد كانت أهم نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية في معدل انتشار الوسواس القهري، وقلق السمة بين الذكور والإناث فيما أكدت الدراسة وجود علاقة موجبة ودالة إحصائيا بين الوسواس القهري وقلق السمة.

وأكّد بعض الباحثين مثل ماران وسيلوف وواغنر (Marane, Silove, & Wagener, 2009) أنّ الطلبة الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري يسجلون مستويات عالية من القلق، مما يؤكد وجود أثر سلبي لاضطراب الوسواس القهري على هذه الاضطرابات النفسية.

تشخيص اضطراب الوسواس القهري:

إنّ عملية تشخيص الاضطرابات النفسية على اختلافها تحتاج لشخص مؤهل ومعد علميا وعمليا في التشخيص. فعند تشخيص اضطراب الوسواس القهري يجب أن يتم تحديد الأعراض بشكل دقيق، وذلك لتشابه بعض الأعراض مع أعراض الاضطرابات الأخرى فعلى المعالج إجراء ما يسمى بالتشخيص الفارقي (differential diagnosis) للاضطراب، وهنالك مشكلة أخرى قد يواجهها المعالج وتكون عثرة في طريق التشخيص الصحيح، وهي عدم إفصاح المرضى عن المعلومات الخاصة باضطرابهم ولإدراكهم بأنّ هذه الأعراض غير منطقية، يجب عدم الحديث عنها (حجار، 1992).

ويضيف هاجاك وزملاؤه (Hajcak et al., 2006) إلى أن تشخيص اضطراب الوسواس القهري يتضمن استخدام عدة إجراءات تشخيصية من أهمها إجراء المقابلات السريرية أو استخدام مقاييس التقارير الذاتية. وعلى الرغم من إمكانية استخدام المقابلات السريرية البنائية المبنية على معايير (DSM-IV) المنشورة، يؤكّد هؤلاء الباحثون على أن مقياس (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) المطوّر من جودمان برايس راسميوسن (Goodman, Price, & Rasmussen, 1989) هو أحد المقاييس المعيارية المستخدمة في تشخيص اضطراب الوسواس القهري. فهذا المقياس هو عبارة عن مقابلة سريريه تحتوي على بطاقة ملاحظة للأعراض

التي تشخّص وجود (40) من الوساوس و(29) من السلوكيات القهرية إضافة إلى وجود مقياس يشخّص شدة الاضطراب. ويتم حساب شدة الوساوس والسلوكيات القهرية من خلال جمع العلامة التي يحصل عليها المستجيب على مجالات المقياس الكلية.

يتم تشخيص اضطراب الوسواس القهري وذلك بالرجوع للمحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري والواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس(DSM-5) للاضطرابات النفسية (APA, 2013) ويحمل الرمز (300.3):

أ. إما وساوس أو أفعال قهرية:

تتحدد الوساوس وفقا للمحكين (1) و (2) :

(1) أفكار أو اندفاعات أو صور مستديمة ومتكررة يخبرها الفرد، في فترة ما أثناء الاضطراب، على أنّها إقحامية وغير مناسبة وتسبب قلقاً أو كدراً ملحوظاً.

(2) يحاول الفرد أن يتجاهل تلك الأفكار أو الاندفاعات أو الصور، أو أن يقمعها، أو أن يعادلها مع بعض الأفكار أو الأفعال الأخرى.

تتحدد الأفعال القهرية وفقاً للمحكين (1) و(2) :

(1) سلوكات متكررة مثل (تكرار غسل اليدين، والمحافظة على الترتيب والنظام، والتحقق) أو أفعال عقلية ذهنية مثل (العد، أو تكرار كلمات بشكل صامت) يشعر إزاءها الفرد بأنّه منساق إلى أن يزاول الفعل القهري استجابة لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بحذافيرها.

(2) تهدف هذه السلوكات أو الأفعال العقلية لأبعاد الضيق أو الكدر أو خفضه، أو الحيلولة دون وقوع حدث أو موقف مفزع. ومع ذلك، فأي هذه السلوكات أو الأفعال العقلية إمّا أن

تكون غير مترابطة بطريقة واقعية مع السلوكات أو الأفعال الأخرى التي يريد الفرد أن يحايد بها السلوكات أو الأفعال العقلية أو يمنعها أو أن تكون مفرطة بشكل زائد.

ملحوظة: ربما لا ينطبق هذا المحك على الأطفال الصغار في السن لكونهم غير قادرين على التعبير عن هذه الأفعال والسلوكيات.

ب- تسبب الوساوس أو الأفعال القهرية ضيقاً أو كدراً ملحوظا أو تستنفذ وقتاً كبيراً (تأخذ أكثر من ساعة في اليوم)، أو تعطل أو تعوق بشكل حقيقي نظام الحياة اليومي للفرد أو أدائه لوظائفه المهنية أو الأكاديمية أو النشاطات أو العلاقات الاجتماعية العادية.

ج- لا يكون اضطراب الوسواس القهري نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة كإساءة استخدام الفرد لعقار إدماني أو عقاقير أخرى أو نتيجة لحالة طبية عامة.

د- وإذا وجد اضطراب آخر يتعلق بالمحور"1" (وهو محور الاضطرابات الإكلينيكية في نظام التشخيص المتعدد في تشخيص الاضطرابات النفسية، فإن محتوى الوساوس أو الأفعال القهرية لا يكون قاصراً عليه مثل: (الهموم أو الانشغالات بالطعام في حالة " اضطراب الأكل" أو شد الشعر في حالة " هوس نتف الشعر"، أو الهموم أو الانشغالات بالمظهر في حالة " اضطراب تعاطي العقاقير أو المخدرات" أو الهموم أو الانشغالات بوجود خطر في حالة "توهم المرض" أو الهموم أو الانشغالات بالمحفزات أو الخيالات الجنسية في حالة "الشذوذ الجنسي"، أو اجترار مشاعر الذنب في حالة " الاضطراب الاكتئابي الأساسي".

حدد ما إذا كان اضطراب الوسواس- القهري:

مع استبصار جيد: يدرك الفرد أنّ الوساوس أو الأفعال القهرية لديه زائدة أو غير معقولة.

أو استبصار ضعيف يدرك من خلالها الفرد أنّ وساوسه صحيحة وغير زائدة عن المعقول.

أنواع الوسواس القهري:

لاضطراب الوسواس القهري أنواع متعددة تستند إلى تجمعات الأعراض كما هي واردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) يتضح ذلك مما يلي:

1. تتضمن المجموعة الأولى: الأشخاص الذين يعانون من وساوس تتعلق بالقذارة أو الاتساخ أو التلوث، ويتصفون بأن طقوسهم تتمركز حول الاغتسال القهري، والإحجام القهري عن الأشياء الملوثة.
2. تتضمن المجموعة الثانية: الأشخاص الذين يعانون من سلوك العّد أو الحساب المرضي والمراجعة القهرية.
3. وتشمل المجموعة الثالثة : المرضى الوسواسيون الذين يعانون فقط من الوساوس من دون وجود أفعال قهرية لديهم.
4. تتصف المجموعة الرابعة: بما يعرف بـ "البطء الوسواسي الأولي" (Primary obsession slowness)، يكون البطء هو العرض السائد لديهم فقد يقضي مثل هؤلاء الأشخاص ساعات طويلة كل يوم في الاغتسال، وارتداء الملابس، وتناول طعام وغيرها من النشاطات اليومية الروتينية.

5- اضطراب قشط الجلد القهري (Excoriation Skin-Picking Disorder): يتصف هذا الاضطراب بقيام الفرد بتكرره قشط الجلد مما يؤدي به إلى تقرحات وكدمات والتهابات جلدية، أذ غالبا ما يكون الوجه هو الجزء الأكثر استهدافاً من قبل الفرد. الأفراد الذين يعانون من اضطراب قشط الجلد يجب أن يكون قد بذل محاولات متكررة لتقليل أو وقف قشط أو نتف الجلد، والتي يجب أن يسبب لهما الضيق والكرب بالإضافة الى ضعف في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها. الأعراض يجب الاّ تُفسر بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر.

6- اضطراب قهري يسمى اضطراب التخزين (Hoarding Disorder) إذ يطلق على المصابين "المخزنين" ("Hoarders")، الذين لا يستطيعون الاستغناء عن أي شيء أو رميه خوفاً من أنهم قد يحتاجون إليه يوماً ما.

أسباب الوسواس القهري:

اختلفت وجهات النظر حول أسباب اضطراب الوسواس القهري فقد يعتبر بعضاً من المنظرين أن الأسباب البيولوجية في مقدمة هذه الأسباب بينما يرى آخرون بأن الأسباب البيئية هي المسؤولة بالدرجة الأولى عن حدوث هذا الاضطراب.

أسباب وراثية:

للعامل الوراثي دور كبير في ظهور اضطراب الوسواس القهري فقد أكدت الدراسات الأسرية أن (35%) من أقارب الدرجة الأولى لمريض الوسواس القهري يعانون هم أيضا من الوسواس نفسه (سالم، 2003)، وهذا ما أكدته دراسة في مصر على عينة من المرضى في إحدى مستشفيات القاهرة، والتي أكدت على وجود تاريخ عائلي لمرض الوسواس القهري لدى مرضى الوسواس القهري (عكاشة، 2003).

أسباب بيولوجية:

فيما يتعلق بالأسباب البيولوجية الخاصة بظهور اضطراب الوسواس القهري ترجع لوجود اضطراب في الناقل العصبي السيروتونين لدى مرضى الوسواس القهري وهو عبارة عن أحد أهم النواقل العصبية التي تتحكم بحاله الفرد المزاجية بالإضافة لأشياء أخرى: كالعدوانية، ودرجة الحرارة والشهية للطعام، إذ أكدت الدراسات الخاصة بالتصوير العصبي أيضا وجود زيادة في تدفق الدم في المنطقة الأمامية للمخ تُسمى الفص الجبهي، ومناطق أخرى: كالمهاد، والنواة المذنبة، والعقد القاعدية لدى مرضى الوسواس القهري بالإضافة لصغر حجم النواة المذنبة

(Caudate Nucleus)، إذ تقل أعراض الوسواس القهري لديهم عندما يتم تقديم علاج دوائي متمثل بمانعات استرداد السيروتونين الانتقائية (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007).

أسباب بيئية:

تؤدي الأسباب البيئية دوراً لا يقل أهمية عن الأسباب الوراثية في نشأة اضطراب الوسواس القهري. ويرى الدارسون أنه يرتبط بالظروف الأسرية، والاجتماعية؛ فحرمان الأسرة لأفرادها من الحب والحنان، والتقبل خلال مرحلة الطفولة الأولى، واتباعهم لأساليب معاملة والدية تتصف بالقسوة والرفض كلها أسباب من شأنها أن تسهم في ظهور اضطراب الوسواس القهري(الخالدى، 2006). أمّا راتشمان (Rachman, 1997) فيرى بأن المواقف البيئية المحيطة بالفرد تسهم بشكل فاعل في ظهور الوساوس القهرية، فالآباء الذين يتصفون بالنزعة إلى الكمال لديهم معايير مرتفعة يعانى أبناؤهم من الوساوس القهرية باختلاف أنواعها ودرجاتها.

ففي الأدبيات الأجنبية السابقة، أشار باحثون عديدون لعدم وجود سبب واحد قادر على تفسير تطور اضطراب الوسواس القهري لدى الأفراد، ومع ذلك ذكر بعض الباحثين وجود أسباب معينة قادرة على تفسير هذا الاضطراب. على سبيل المثال، في أولى المحاولات لتفسير اضطراب الوسواس القهري أكد هاجاك وهابرت وفو (Hajcak, Huppert, & Foa, 2006) أنّ الخوف المرتبط بالوساوس يبدأ من خلال بعض العمليات الإشراطية الكلاسيكية، التي تفسّر تطور هذا المرض لدى الأفراد.

ويضيف فو وزملاؤه (Foa et al., 1995) أن النظريات المعرفية المفسرة لأسباب اضطراب الوسواس القهري تركّز على المفاهيم، والأفكار الخاطئة التي يحملها المرضى خاصة حين يحملون أفكاراً مغلوطة على أنهم مسؤولون عن قضايا شخصية مرتبطة بهم.

وعليه فإن هنالك تداخلاً واضحاً بين كل من العامل الوراثي والعامل البيئي في نشأة اضطراب الوسواس القهري، فلا بّد من أخذها معاً عند تفسير هذا الاضطراب، فالوراثة تزود الفرد بالاستعدادات المختلفة للإصابة بالاضطراب، والبيئية تعمل على صقل تلك الاستعدادات الممثلة بأساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة كالتربية الصارمة، والتأكيد الزائد، مما ينعكس على شخصيات الأبناء وتسهم بظهور اضطراب الوسواس القهري (Myhr, Sookman, & Pinard, 2004).

الوسواس القهري لدى المراهقين :

وثق كثير من الباحثين الآثار السلبية لاضطراب الوسواس القهري، إذ يذكر كل من لاك وزملائه (Lack et al., 2009) أن هناك آثاراً سلبية كثيرة لاضطراب الوسواس القهري ويمكن ملاحظة أعراض عديدة مثل ضعف النشاط الأسري وانخفاض التحصيل الأكاديمي، وعدم القدرة على إنشاء العلاقات الاجتماعية الجيدة مع الأقران، وأفراد الأسرة نتيجة للإصابة بالاضطراب.

أكّد المعهد الوطني للأمراض العقلية (National Institutes of Mental Health, 2006) أن عدد المراهقين المصابين باضطراب الوسواس القهري يزداد بشكل كبير مع وصول المراهق مرحلة البلوغ الجنسي، مما يعني أنّ هناك بعض المؤشرات التي تؤكد أهمية أخذ بعض المتغيرات بعين الاعتبار في تفسير أعراض الوسواس القهري لدى فئة المراهقين.

ويذكر زوهار (Zohar, 1999) أنّ ما بين (20–50%) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري تستمر لديهم أعراض هذا الاضطراب حين يصلون إلى مرحلة المراهقة. ويؤكّد هذا الباحث أيضاً أنّه في حالة عدم معالجة هذا الاضطراب باستخدام البرامج الإرشادية المناسبة، يتحول إلى نوع من الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى انخفاض مستوى النشاط الجسدي والأكاديمي لدى الفرد. ويمكن أن يؤدي أيضاً إلى تطوير أمراض نفسية خطيرة من أهمها الاكتئاب: وسرعة الغضب، وضعف الانتباه، والتركيز والشعور بالخجل، وانخفاض مستوى التحصيل

الأكاديمي إضافة إلى مشكلات أخرى مرتبطة بانخفاض مستوى الأداء الأكاديمي، ومعاناة الفرد في إنشاء علاقات اجتماعية مناسبة مع الآخرين.

أكّد كل من فارني وبارنكل وسيد وساكار (Varni, Burwinkle, Seid, & Skarr 2003) إلى أنّ اضطراب الوسواس القهري يؤثر بشكل أساسي على إضعاف القدرات الوظيفية لدى الأفراد المصابين من خلال عدم قدرة الفرد على أداء النشاطات الاجتماعية والأسرية والأكاديمية التي تعد جزءاً أساسياً من الحياة اليومية.

وعليه أكد بعض الباحثين أن هناك أثار سلبية واضحة لاضطراب الوسواس القهري. فقد اجرى سوكهولدولسكي وزملاؤة (Sukhodolsky et al., 2005) دراسة هدفت لمعرفة أثر الوسواس القهري في كل من التكيف الاسري، والاجتماعي، والعاطفي وعلاقته باضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط فقد تكونت عينة الدراسة من (287) طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم من (7–18) سنة في الولايات المتحدة الأمريكية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن اضطراب الوسواس القهري يؤدي إلى ظهور مشكلات اجتماعية كضعف العلاقات مع الأقران داخل المدرسة وخارجها، مع انخفاض مستوى المشاركة في النشاطات الترفيهية، التي تنظمها المؤسسات التي ينتمي إليها الطالب كالمدرسة وانخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي، إضافة لعدم المشاركة في النشاطات الأسرية.

علاج الوسواس القهري:

ترى بيج (Paige, 2007) أن علاج الوسواس القهري يعتمد على عدة عوامل من أهمها: عمر الفرد المصاب إضافة لشدة الاضطراب. وتتضمن طرق العلاج المقدمة لعلاج أعراض اضطراب الوسواس القهري استخدام الأدوية إضافة لاستخدام البرامج العلاجية المعرفية السلوكية.

العلاج الدوائي:

يذكر سيندر وسيدو (Sinder & Swedo, 2000) أن استخدام الأدوية في علاج اضطراب الوسواس القهري لدى الأفراد يعتمد بشكل أساسي على استخدام الأدوية القادرة على تخفيض مستويات القلق لدى المرضى لتعمل على تخفيف حده الأعراض الموجودة لديهم بحيث يكون الفرد قادراً على تجاوز تلك الأفكار والأفعال الوسواسية.

توجد ثلاثة أنواع من الأدوية ذات الفائدة الكبيرة في علاج مرضى الوسواس القهري، وهذه الأدوية من شأنها أن تساعد في إفراز هرمون السيروتونين العصبي في المخ. وأفضل تلك الأدوية من حيث التأثير هو عقار يسمى الكلومبرامين (Clompramine) فهو من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، ويتفوق على العقاقير الأخرى ثلاثية الحلقات، فحوالي ثلثي المرضى الذين تم علاجهم بالكلومبرامين تخلصوا من الوساوس القهرية التي كانوا يعانون منها، كما يتميز بوجود آثار جانبية بسيطة جداً، وهنالك أدوية من الممكن أن تعطى لمرضى الوسواس القهري كعقار البرزواك (Prozac) أو الفلوكستين (Flouxetine)؛ فقد أكدت الدراسات أنهما أكثر فعالية من العقاقير الوهمية، كما أنهما أفضل من العقاقير الأخرى كعقار الدسيرامين (Desipramine)، إذ يفضل المزاوجة بين النفسي والعلاج الدوائي ليكون العلاج أكثر نجاحاً وفعالية (عبدالرحمن، 2000).

لقد أجرى بالكم وزملاؤه (Balkom et al., 1998) دراسة هدفت للتعرف على أثر العلاج الدوائي بمفردة متمثلاً بعقار الفلوكسوتين (Fluoxetine) وبشكل مترافق مع العلاج النفسي تكونت عينة الدراسة من (117) مريضاً في إحدى المستشفيات النفسية في الولايات المتحدة ممن شخصوا بأنهم يعانون من اضطراب الوسواس القهري. أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض مستوى اضطراب الوسواس القهري انخفاضاً ذو دلالة احصائية للمجموعة التجريبية التى تلقت العلاج الدوائي بمفردة بشكل يساوي الانخفاض الذي نتج لأفراد المجموعة التي تلقت العلاج الدوائي مترافقا مع العلاج النفسي.

العلاج المعرفي السلوكي:

ظهر العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري كنتيجة للدراسات المكثفة والمقابلات والجلسات العلاجية الفردية والجماعية، وقد أثبتت الدراسات التي أهتمت بالعلاج المعرفي السلوكي فاعليته بشكل ملحوظ (Frost, Tolin, & Steketee, 2007). ويركز العلاج المعرفي السلوكي على خمس نقاط عامة وهي: توعية المرضى بجميع عناصر الاضطراب وشرحها لهم، وتدريبهم على اتخاذ القرارات، وتدريبهم على مهارات التنظيم، وإعادة تنظيم البناء المعرفي، ومساعدتهم على مواجهة مشاعرهم، ويشمل العلاج المعرفي السلوكي على مقابلة ابتدائية لتحفيز وتشجيع المرضى على العلاج نظراً لعدم استبصارهم بمشكلتهم وإدراكهم لها في وقت متأخر، بالإضافة إلى ميلهم لرفض العلاج أو تركه (Miller & Rollnic, 2002) .

وقد أوضحت دراسة قام بها ستيكيتي وفروست ووينز وجرين ودوغلاس (Steketee, Frost, Wincze, Green, & Douglas, 2000) بأن التحفيز عامل مهم في العلاج لمساعدة المرضى وإقناعهم بضرورة التغيير. ويتضمن أيضاً الزيارات المنزلية حيث تساعد على اكتساب المهارات واستمرارها في منازلهم الخاصة، كما يعتمد العلاج على أفراد الأسرة لتعزيز التقديم والتقليل من احتمال حدوث أي انتكاسة، وبالرغم من فعالية العلاج إلا أنه يستغرق الكثير من الوقت والجهد (Grisham & Barlow, 2004).

ويعرف هذا النوع من العلاج بالمنوذج العلاجي المتعدد، وتتركز مهمة المعالج في هذا النوع من العلاج في عزل الاضطراب إلى مستوياته المختلفة، ثم اختيار الإجراءات المناسبة لكل

مستوى، مع ضرورة الاتصاف بمرونة التفكير وسعة الأفق، وتركيز الاهتمام على التخفيف من معاناة العميل بأسرع وقت ممكن دون التعصب لوجهة نظر معينة (أبو هندي، 2003).

ويعد بيك (Beck, 1988) العلاج المعرفي السلوكي أسلوباً لتعديل السلوك لدى الفرد، من خلال التأثير على عمليات التفكير، حيث يؤدي تغيير الأفكار إلى تغير السلوك، وفي الوقت نفسه ينتج عن تغير السلوك تغيير في الأفكار، وهذا يشير إلى أن العلاج المعرفي عندما ركز على الدور السببي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك، لم يهمل دور تغيير السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير (Greer, 2005). وقد تم اختبار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في العديد من خفض الاضطرابات النفسية، كاضطراب السلوك القهري، والتوتر، والقلق، واضطرابات الشخصية، والاكتئاب، والعزلة الاجتماعية، والآلام المزمنة، والفصام (Beck, 1991).

فنيات السلوكية العلاجية:

1- الاسترخاء العضلي:

اذ يستغرق تدريب المريض في العيادة النفسية حوالي الست جلسات تدريبية؛ إذ يتم تخصيص عشرين دقيقة لتدريب المريض على الاسترخاء ومن ثمّ يطلب منه أن يطبق ذلك بنفسه لمدة خمسة عشر دقيقة، ولكن لابد قبل إجراء ذلك أنّ يتم إعطاء المريض لمحة عامة عن الاضطراب الذي يعانى منه، وأهمية الاسترخاء في التخفيف من ذلك الاضطراب؛ اذ نجد أنّ مجرد استرخاء المريض على الأريكة مثلا يؤدي لنتائج إيجابية لأن ذلك يعود لوجود علاقة بين استرخاء العضلات، وحدوث تغيرات انفعالية مرغوبة لدى الفرد.

يرى أغلبية المعالجين السلوكيين بأن الاسترخاء يبدأ من الأطراف أي من عضلات الذراعين، ومن ثّم يتم الانتقال للرأس ممثلة بعضلات الوجه، إذ أنّ هنالك مجموعة من القواعد على المعالج أن يأخذها بالاعتبار عند تطبيق فنية الاسترخاء مع مرضى اضطرابات القلق وهي، أولاً:

على المعالج أن يخبر المريض أنّه سيتعلم تعليمة مهارة جديدة تختلف عن باقي المهارات التي قد تعلمها سابقا، إذ ستسهم بتخفيض أعراض الاضطراب الذي يعانى منه. ثانياً على المعالج أن يوضح للمريض أنّه من الممكن أن تظهر عليه بعض التغيرات الجسمية الغريبة كتنميل أصابع اليد، فهذا دليل بأن عضلات الجسم في حالة استرخاء تام يجب المحافظة عليه. وثالثاً: يبين المعالج للمريض أنّ عليه التركيز على عملية الاسترخاء بأن يغمض عينية للإبتعاد عن المشتتات البصرية التي أمامه، وتخيل بعض المواقف المرغوبة، والتي مر بها سابقاً (ابراهيم، 1980).

2- التعريض ومنع الاستجابة:

يقوم استخدام إستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة على مبدأ مفاده أنّ القلق يقل عندما يتم التعرض لمثير يستجر القلق وذلك لمدة كافية من الوقت، فالمرضى الذين يعانون من الوساوس القهرية كوساوس النظافة مثلاً، لابد من تعريضهم لأشياء يعتقدون أنّها ملوثة حتى يتم تخليصهم من القلق المتعلق بتلك الوساوس. إذ يتم تكرار القيام بتطبيق إستراتيجية التعريض حتى يصل القلق المتعلق بتلك الوساوس لأدنى مستوياته يتم خلال ذلك استخدام إستراتيجية منع الاستجابة وذلك بإجبار المريض بعدم القيام بأي استجابة بشكل جزئي أو كلي كمنعة من غسل يديه مثلاً أو تقليل من عدد مرات غسلها أو الرجوع مرة واحدة للتأكد من إقفال باب المنزل، إذ سيرتفع القلق بداية ومن ثّم ينخفض في الجلسات التالية ويتم تطبيقها ذلك بشكل تخيلي في أغلب الأحيان فقد أظهر المرضى تحسنا جراء استخدام هذه الإستراتيجية (Huppert & Roth, 2003).

هذا ويجب عدم إغفال دور الأسرة ضمن البرنامج العلاجي المُعد لمرضى الوسواس القهري لما لذلك الدور من أهمية كبيرة في المحافظة على أثار العلاج، ومنع حدوث أي انتكاسات مستقبلاً. فالمعالج النفسي يقوم غالباً بشرح خطوات العلاج المعرفي السلوكي لأهل المريض لمساعدته في التخلص من تلك الوساوس، ولكن يكون ذلك بعد تأكد المعالج بعدم وجود تاريخ

عائلي لمرض الوسواس القهري، ففي حالة أن أحد أفراد الأسرة وخاصة الأم أو الأب يعاني من نفس الاضطراب، فان عملية إشراكهم ضمن عملية العلاج تكون غير فعالة بل لها نتائج قد تكون عكسية (ابو هندي، 2003).

الجراحة النفسية:

تعتبر الجراحة النفسية من أحدى الأساليب العلاجية التي يتم اللجوء إليها عندما تفشل الطرق الأخرى. فيتم إجراء تدخل جراحي لبعض الممرات العصبية في المخ، ويتم نزع الوصلة أو حرق لحاء القشرة الامامي (Anterior Cingulate Cortex) الموجودة بين الفص الجبهي والعقد القاعدية، إذ يعاني مرضى الوسواس القهري من خلل واضح في انتقال الشحنات العصبية من الفص الجبهي إلى العقد القاعدية (عبدالرحمن، 2000). ففي دراسة أجراها جينيك وبير وبلانتين (Jenike, Baer, & Ballantine, 1991) على (33) مريضاً يعانون من اضطراب الوسواس القهري في إحدى مستشفيات بوسطن، والتي لم يُجد معهم لا العلاج الدوائي، ولا العلاج المعرفي السلوكي نفعاً أجريت لهم جراحة نفسية، أقرّ بعدها المرضى أنهم تخلصوا من وساوسهم القهرية بشكل نهائي.

العلاج باستخدام استراتيجية رواية القصة:

قد تعتبر رواية القصة من الاستراتيجيات الفعالة في الوقاية والعلاج من مختلف السلوكيات غير المرغوبة لدى الأفراد، إذ من الممكن أن يستخدمها المعالجون النفسيون في التغلب على اضطراب الوسواس القهري، إذ تعد من الخيارات العلاجية الحديثة فتشمل على قيام المعالج بسرد شيق للقصة. ويتم الاستعانة بالسير الذاتية المرضية أو دراسات الحالة لأشخاص عانوا من اضطراب الوساوس القهري، متضمنة توضيح الاستراتيجيات العلاجية التي استخدمت معهم وذلك بهدف تخليص الأفراد من وساوسهم القهرية. وتُعتبر القصة أساساً متيناً يُبنى عليه التعاطف

والدعم لأولئك الذين يعانون من الوسواس القهري فالعلاج باستخدام القصص يعتبر مورداً فريداً ومفيداً لجميع العاملين في مجال الصحة النفسية (Weg, 2011).

ويرى أحمد (2009) أنّ القصة تعتبر من أهم الوسائل العلاجية والتي لها فعالية في مساعدة الأفراد على التكيف مع المشكلات التي قد تعترضهم. وتعتبر من أبرز المحفزات التي تقدم للأفراد وتساعدهم على تعلم بعض المهارات الحياتية الجديدة، وتنميه ما يمتلكون من قدرات نفسية، وعقلية، واجتماعية، وتنمية خيالاتهم مما يزيد الإبداع لديهم ويُعدل سُلوكياتهم نحو الأفضل.

كما يعتبر صاندرلاند (Sunderland, 1992) العلاج بالقصة طريقة فعالة للمستمع تسد عنده حالة النقص الذي تعرض لها خلال مرحلة الطفولة الأولى، مما يقلل من الضغوط النفسية لديه ويزيد من فهمة لذاته والآخرين. كما يتيح له إمكانية التعبير بحرية عن مشاكله وعما يجول بنفسه، ويزيد من مستوى استبصاره بمشكلته، ويُعمق درجة الوعي الذاتي لديه ويزيد من مستوى ثقته بنفسه، كما تعطيه القصص حلولا وبدائل فريدة ومختلفة للمشكلة.

تهدف القصة العلاجية إلى تحقيق أهداف عديدة أهمها: تنمية التطور النفسي للفرد، وتحريره من المشاعر المكبوتة ومن مشاعر الخوف والقلق والإحباط التي قد تصيبه، ولا تقيده بتعليمات المعالج للتغلب على مشكلاته، وإنما تشجعه في الاعتماد على نفسه وإعطائه حلول وأساليب من الممكن استخدامها للتغلب على مشاكله، بالإضافة إلى ذلك إنّها تزوده بالأحداث التي قد تسهم في زيادة اضطراباته النفسية (حاج يحيى وبشاره وعبدالحي، 2005).

ومن هنا يجب على المرشد النفسي أو المعالج النفسي عند استخدام هذا الأسلوب أن يكون مُلماً تام بمحتويات القصة من أهدافها والشخصيات المشتملة عليها، والأحداث، والزمان، والمكان، والحل. وذلك ليعرف كيف يُوظفها بالشكل السليم فاستخدام القصة كأسلوب علاجي ناجح يؤتي ثماره عندما يبدأ الفرد في استخدام الأساليب الجديدة في التعامل مع المشاكل التي تعرضها القصة،

وتطبيقاتها على الحياة الواقعية، ولكن هذا التطبيق لا يتم بسرعة في الحال بل إن تطبيق هذه الأساليب بسرعة قد يكون مضراً بالنسبة للفرد،. فالقصة كأسلوب علاجي فعال يمكنها أن تخفي مشاعر الكرب والقلق التي يعاني منها الفرد أو المعتقدات أو الأفكار التي يؤمن بها مثل :أنا غبي أو لا يمكنني التغير في يوم من الأيام، وقد يتشجع الفرد على رسم صورة أو كتابة خطاب كنتيجة للقصة، وهذا يعني أنّه ما زال يستوعب الدروس المستفادة من القصة (صاندرلاند، 2005).

مشكلة الدراسة:

تظهر مشكلة الدراسة في طبيعة تأثير اضطراب الوسواس القهري كونه أحد أهم الاضطرابات النفسية التي تقلق المجتمعات كافة وخاصة العربية على اختلاف أنواعها، وأطيافها وذلك لزيادة متطلبات الحياة المادية، والاجتماعية، والأسرية، وما يسببه اضطراب الوسواس القهري من آثار سلبية جّمة تؤدي لإعاقة تكيف الفرد نفسياً، واجتماعياً، وتعرقل تقدمه في كافة مجالات الحياة وخاصة المهنية والأكاديمية، حيث يعد اضطراب الوسواس القهري الاضطراب الخامس الأكثر تشخيصاً في العالم بشكل عام (APA, 2013)، كما يعتبر مصدراً لكل من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب واضطرابات القلق الأخرى.

وبما أنّ مرحلة التعليم الأساسي وخاصة العليا منها مرحلة حساسة، واستثنائية من مراحل التطور النفسي، والجسمي للفرد، وتتطلب من الفرد أن يتكيف بالشكل السليم من أجل أن يشكل هوية سليمة يحقق من خلالها ذاته، إذ تنطوي مرحلة المراهقة أيضا على كثير من الضغوط التي يتعرض لها أفرادها، فغالبية الطلبة الذين يصابون باضطراب الوسواس القهري يعملون على إخفائه حتى يتطور خوفاً من الوصمة الاجتماعية المترتبة على إظهاره، وتناقضه مع بعض الخصائص النفسية المتعلقة بهذه المرحلة، ويرافقه نقص في جميع المهارات اللازمة للتغلب عليه لتحقيق التوازن النفّسي السليم.

وعليه فهذا يُحتم إلقاء الضوء على هذا الاضطراب النفسي، والعمل على تطوير برامج إرشادية تقلل من تمركز الفرد حول ذاته، ويحرز من خلالها مكانة اجتماعية تعمل على زيادة استبصاره بما يعاني منه، مما ينمي ثقته بنفسه بعيداً عن العلاجات الأخرى، فالدراسة الحالية قامت باختبار فعالية برنامج إرشادي جمعي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة المرحلة الأساسية.

فرضيات الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($0.05 \geq p$) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس البعدي.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($0.05 \geq p$) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في قياس المتابعة.

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة إلى استخدامها برنامجا ارشاديا جمعيا مستخدما مختلف الأساليب المعرفية والسلوكية بما فيها استراتيجية رواية القصة لخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، فربما تكون هذه الدراسة من الدراسات العربية الرائدة التي اشتملت عينتها على المراهقين وبالتحديد طلبة المرحلة الاساسية.

تكمن أهمية الدراسة من الناحية النظرية في قلة الدراسات التي استخدمت برامج ارشادية جمعية في علاج اعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الأفراد بشكل عام والمراهقين بشكل خاص. بالإضافة إلى ذلك، قدمت الدراسة أداة لقياس الوسواس القهري قام الباحث بتطويرها بما يناسب طلبة المرحلة الأساسية. فمقياس الوسواس القهري المُعد من قبل الباحث من الممكن أن يفتح المجال أمام الباحثين لعمل دراسات تجريبية وارتباطية عديدة، ويتيح المجال كذلك أمام

المرشدين التربويين في سهولة الكشف عن هذه الفئة لاتخاذ كافة الإجراءات الوقائية، والعلاجية التي قد يكون من أبسطها تقديم خدمة التحويل. أمّا من الناحية التطبيقية فقد قدمت الدراسة مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية بما فيها رواية القصة يمكن استخدامها في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة المدارس بشكل عام، والمرحلة الأساسية بشكل خاص، إذ من الممكن أن تفتح الدراسة الحالية المجال أمام المعالجين النفسيين لاستخدام هذا الاستراتيجيات في علاج اضطرابات نفسية أخرى.

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة المرحلة الأساسية وهم المراهقون.

التعريفات الإجرائية:

البرنــامج الإرشــادي: برنـامج قـائم علـى اسـتخدام مختلـف الأسـاليب الإرشـادية المعرفيـة والسلوكية بما فيها استراتيجية رواية القصة بهدف خفض اعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب المرحلة الأساسية ويتكون من (12) جلسة إرشادية.

الوسواس القهري: هو ظهور أفكار أو رغبات لدى المراهق بشكل متكرر وبشكل خارج عن حدود إرادته، تؤدي به للقيام بأعمال وسلوكيات قهرية متكررة، تؤدي بدورها إلى حالة من القلق، والكرب، وإهدار الوقت والجهد، ويحاول المراهق السيطرة عليها، والتخلص منها. ويتم قياسها من خلال المقياس المطور من قبل الباحث والمشتمل على (36) فقرة.

حدود الدراسة

1. اقتصرت الدراسة الحالية على طلبة الصفوف (الثامن، والتاسع، والعاشر) الأساسية في مدرسة جحفية الثانوية للبنين للفصل الأول من العام الدراسي 2014/2013م.
2. اقتصرت أبعاد المقياس المستخدم على ثلاثة أنواع من الوساوس هما: وساوس النظافة، وساوس الشك، وساوس البطء فقط.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

تناول هذا الفصل الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، ونظراً لأنّ هذه الدراسة تسعى لمعرفة أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية، فقد قام الباحث باستعراض العديد من الدراسات التجريبية ذات العلاقة بالدراسة الحالية. وقد راعى الباحث الترتيب الزمني في عرض الدراسات العربية والأجنبية.

دراسة مارك (Marck, 1995) التي هدفت إلى معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من الأطفال والمراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية. تكونت عينة الدراسة من (32) مريضا تم تشخيصهم مسبقاً، تراوحت أعمارهم من (8-16) سنة اشتمل البرنامج العلاجي على (12) جلسة علاجية. استخدم الباحث مقياس يل براون للوسواس القهري كأداة للدراسة. توصلت الدراسة إلى أن للعلاج المعرفي السلوكي فعالية واضحة في تخفيض اضطراب الوسواس القهري، وبدون حدوث أي انتكاسات مستقبلية.

أما دراسة السعدني (1996) فقد هدفت إلى معرفة أثر برنامج علاجي استخدم نوعين من العلاج هما: العلاج الدوائي، والعلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري في جمهورية مصر العربية.وتكونت عينة الدراسة من (80) فرداً مما لا تقل أعمارهم عن (15) سنة، أمّا العينة الإكلينيكية فقد تكونت من (24) مريضا. استخدم الباحث المقياس العربي للوسواس القهري، والمنهج الإكلينيكي لإجراء الدراسة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن لكلا العلاجين الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي فعالية في تخفيض مستوى الوسواس القهري لدى أفراد العينة، إذ أكدت الدراسة أنه لا توجد فروق دالة بين نوعي العلاج المستخدمة.

وفي دراسة هوهاجن وزملائه (Hohagen et al., 1998) التي هدفت للكشف عن أثر العلاج السلوكي، والعلاج الدوائي المتمثل باستخدام عقار الفلوفاكسامين مقارنة باستخدام العلاج السلوكي وحده لتخفيف أعراض الوسواس القهري، اشتملت عينة الدراسة على (60) مريضاً يعانون من اضطراب الوسواس القهري في ألمانيا، متوسط أعمارهم (35.5) سنة تم استخدام مقياس يل براون للوساوس القهرية كانت مدة العلاج (8) أسابيع. قسم المشاركون عشوائيا إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة الأولى تلقت العلاج السلوكي والعلاج الدوائي المتمثل بعقار الفلوفاكسامين، والثانية تلقت العلاج السلوكي بالإضافة لدواء وهمي والثالثة لم تتلق أي نوع من العلاج. وأشارت نتائج الدراسة أن كلا المجموعتين الأولى والثانية انخفضت لديهما أعراض الوسواس القهري بشكل واضح ودال إحصائيا، ولكن كان انخفاض أعراض الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى ذا دلاله أكثر من المجموعة التجريبية الثانية.

أمّا دراسة البشر وفرج (1999) التي هدفت للكشف عن فعالية العلاج السلوكي المتمثل بإستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة والعلاج بالعقاقير، وذلك باستخدام كلا الأسلوبين معاً، واستخدام كل منهما بشكل مستقل، لتخفيض أعراض الوسواس القهري. فقد استخدم الباحث قائمة المودسلي للوسواس القهري كأداة للدراسة، اشتملت عينة الدراسة على (20) مريضا شُخّصوا بأنهم يعانون من اضطراب الوسواس القهري في الكويت وتحديدا المتعلقة بوساوس النظافة، تم تقسيمهم عشوائيا إلى أربع مجموعات حسب نوعية العلاج الذي تلقوه؛ فالمجموعة الأولى تلقت علاجاً سلوكياً باستخدام إستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة، والثانية تلقت علاجاً دوائياً فقط، والثالثة تلقت العلاجين معاً، والرابعة كانت ضابطه. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات العلاج الثلاث، إذ كانت درجة انخفاض الوساوس القهرية متقاربة في القياس البعدي وقياس المتابعة مع عدم انخفاض الأعراض لدى المجموعة الضابطة .

أمّا دراسة ماكلاين (Mclean, 2001) التي هدفت لعمل مقارنة بين كل من العلاج السلوكي التقليدي المتمثل بفنية التعريض ومنع الاستجابة والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب الوسواس القهري. فقد تكونت عينة الدراسة من (64) مريضا باضطراب الوسواس القهري في بريطانيا تراوحت أعمارهم بين (18−65) سنة تم تشخيصهم بالاعتماد على المقابلة الإكلينيكية ومقياس يل براون للوسواس القهري، تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين تجريبيتين الأولى (32) مشاركاً تلقوا العلاج باستخدام فنية التعريض ومنع الاستجابة، والثانية تشمل (32) مشاركاً تلقوا العلاج المعرفي السلوكي بواقع (12) جلسة علاجية، ومجموعة ضابطة تكونت من(33) مشاركاً ممن هم على قائمة الانتظار. توصلت الدراسة إلى نتائج من أهمها أنّ لكل من العلاج السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي فعالية في تخفيض الوسواس القهرية لدى أفراد عينة الدراسة، وأشارت النتائج أيضا إلى أنّ للعلاج المعرفي السلوكي أثراً مستمراً في تخفيض الوساوس القهرية لدى أفراد عينة الدراسة مقارنة بالعلاج السلوكي بمفردة، وذلك عند إجراء قياس المتابعة فقد أوصت الدراسة بضرورة دمج نوعي العلاج المستخدم.

وهدفت دراسة سعفان (2002) للكشف عن فعالية برنامج إرشادي انتقائي لخفض الوساوس القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب، والعلاقة بينهما. تكونت عينة الدراسة من (164) فرداً من الذكور والإناث ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري مستخدما الباحث قائمة بادو (PI) للوساوس القهرية ومقياس الشعور بالذنب كأدوات لدراسته. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط ايجابي ذي دلالة إحصائية بين كل من الشعور بالذنب، واضطراب الوسواس القهري، كما أشارت إلى أنّ للبرنامج الإرشادي الانتقائي الجمعي، المشتمل على فنيات وقف الأفكار وإعادة الفهم والتعريض فعالية ذات دلالة في تخفيض كل من الوساوس القهرية، والشعور بالذنب.

كما أجرى مبارك (2004) دراسة هدفت إلى الكشف عن أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي أسري مكثف لخفض اضطراب الوسواس القهري على حالة لطفل يبلغ من العمر (12) سنة، يعانى من وسواس قهري تمثل بوساوس النظافة والشك والبطء ووساوس العبادات. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الأسرى المكثف في تخفيض أعراض الوسواس القهري لدى حالة الطفل بشكل دالٍ إحصائياً.

وأجرى جرير (Greer, 2005) دراسة للكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي المكثف في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري. تكونت عينة الدراسة من (33) فرداً ممن لديهم اضطراب الوسواس القهري في ولاية لينوي الأمريكية، تراوحت أعمارهم بين (16–23) سنة، وقد ركز العلاج على استبدال المعتقدات والأفكار المتعلقة بنشوء الوسواس القهري، كما اشتملت الدراسة على متغيرين هما: الاكتئاب والقلق. أظهرت نتائج الدراسة انخفاضاً دالاً في أعراض اضطراب الوسواس القهري، وانخفاض القلق والاكتئاب نتيجة لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي.

وأجرى ويلسون وتشاميلس (Wilson & Chambless, 2005) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري في ولاية كاليفورنيا الأمريكية. تكونت عينة الدراسة من (10) أفراد ممن شُخصوا بأنهم يعانون من اضطراب الوسواس القهري، تراوحت أعمارهم بين (12–28) سنة. تكون البرنامج العلاجي من (18) جلسة علاجية مدة كل جلسة ساعة واحدة، إذ اشتمل البرنامج على مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية أهمها: إعادة البناء المعرفي، والاسترخاء العضلي، وفنية وقف الأفكار، وإستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة. توصلت نتائج الدراسة إلى أن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية واضحة في تخفيض أعراض الوسواس القهري وبشكلٍ دالٍ إحصائيا.

وأجرت روفر وفريك وموريتز وكلوس وهاند (Rufer, Fricke, Moritz, Kloss, & Hand 2006) دراسة للكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الوسواس القهري، تكونت عينة الدراسة من (104) فرداً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري، ممن تتراوح أعمارهم بين (15 – 30) سنة، بواقع (12) جلسة علاجية. اثبتت نتائج الدراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض الوساوس القهرية وتحديدا الوساوس القهرية المتعلقة بالنظافة.

وهدفت دراسة مايكل (Michal, 2006) إلى التعرف على أثر العلاج المعرفي السلوكي المتمثل بإستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري، إذ قام الباحث بدراسة حالة لفتاة تبلغ من العمر (11) سنة في أمريكا تعاني من وسواس قهري يتعلق بالنظافة والتلوث فهي تمضي قرابة الأربع ساعات ونصف في تنظيف أسنانها. تكون البرنامج المعرفي السلوكي من (14) جلسة استمر لمدة ستة أشهر متواصلة كان أهم نتائجه انخفاض جميع وساوس النظافة والتلوث لدى الفتاة مما يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوساوس القهرية.

وأجرى هاميل (Himle, 2006) دراسة هدفت إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي التقليدي المباشر بين المعالج والمريض، والعلاج المعرفي السلوكي عبر شبكة الفيديو كونفرانس (أي صوت وصورة عن طريق الربط المباشر عبر الأقمار الصناعية). اشتملت عينة الدراسة على (6) أفراد ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري في أمريكا، تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين تجريبيتين: الأولى تكونت من(3) أفراد تم علاجهم بطريقة العلاج السلوكي المباشر و(3) أفراد تم علاجهم عبر طريقة الفيديو كونفرانس، استغرقت كل جلسة (60) دقيقة. وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس يل براون لاضطراب الوسواس القهري، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترن بفنية التعريض ومنع الاستجابة. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي

وجهاً لوجه، وتفوقه على العلاج عبر شبكة الفيديوكونفرانس؛ وأن لكليهما أثر فعال فى التقليل من الأعراض الوسواسية القهرية.

وهدفت دراسة فالدرهوغ ولارسون وكيتستام وبياسنتيمي (Valderhaug, Larsson, Gotestam, & Piacentimi 2007) إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري. وتكونت عينة الدراسة من (28) فرداً في النرويج، ممن تتراوح أعمارهم بين (8–17) سنة، استخدم الباحثون مقياس يل براون لقياس اضطراب الوسواس القهري كأداة للدراسة. وتكون البرنامج العلاجي من (12) جلسة علاجية اتخذت الطابع التدريبي. وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض واضح ذي دلالة في درجات أفراد عينة الدراسة على المقياس المستخدم، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي المستخدم.

وقام تولين وزملاؤه (Tolin et al., 2007) بدراسة هدفت إلى المقارنة بين نوعين من العلاج هما العلاج المعرفي السلوكي بواسطة المعالج والعلاج المعرفي السلوكي الذاتي، لعلاج اضطراب الوسواس القهري. تكونت العينة من (41) فرداً من الذكور والإناث ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري تتراوح أعمارهم (13–38) سنة في الولايات المتحدة الأمريكية. كشفت نتائج الدراسة لفاعلية نوعي العلاج في تخفيض أعراض الوسواس القهري. وأشارت إلى أنّ للعلاج المعرفي السلوكي بواسطة المعالج فعالية أكبر بشكل دال احصائيا من العلاج المعرفي السلوكي الذاتي.

واستهدفت دراسة مقدادي (2008) فحص أثر برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت. تكونت عينة الدراسة من (20) طالباً وطالبة موزعين على مجموعتين: ضابطة وتجريبية. تألف البرنامج الإرشادي من (12) جلسة علاجية، مدة كل جلسة ساعة ولمدة ستة أسابيع بواقع جلستين في الأسبوع. أظهرت النتائج

وجود فروق دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري بين المجموعتين التجريبية والضابطة، ولصالح المجموعة التجريبية. وأنّ البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي كان فعّالاً في خفض الوسواس القهري.

وأجرى الدفاعي (2009) دراسة هدفت إلى بناء برنامج علاجي سلوكي مختصر ومعرفة أثره في خفض أعراض الوسواس القهري. تكونت عينة الدراسة من (20) فرداً مصاباً (14) منهم ذكور و(6) إناث في العراق قسمت العينة إلى مجموعتين: تجريبية وأخرى ضابطة. استخدام الباحث قائمة بادو (PI) للوساوس القهرية، وبرنامج علاجي سلوكي مختصر. توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ البرنامج العلاجي المختصر قد أحدث تغيراً واضحاً في أعراض الوساوس القهرية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وهذا يدل على فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المختصر في خفض أعراض الوساوس القهرية.

وقام أندرسون وزملاؤه (Andersson et al., 2012) بدراسة هدفت إلى تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي عن طريق الإنترنت في علاج الوسواس القهري. وتكونت العينة من (101) بالغاً في السويد تم تشخيصهم على أنهم مصابون بالوسواس القهري تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. اشتمل العلاج المعرفي السلوكي عن طريق الإنترنت على التثقيف الصحي، وإعادة البناء المعرفي، والتعرض ومنع الاستجابة. وقد كشفت نتائج الدراسة إلى انخفاض درجه الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي عن طريق الإنترنت كأسلوب أكثر يُسراً للعلاج، مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلقَ أي نوع من أنواع العلاج. وقد استمر التحسن في الأشهر الأربعة التالية.

وهدفت دراسة رو وايس (Wroe & Wise, 2013) إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي الفردي والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تخفيض اضطراب الوسواس القهري. وتكونت عينة الدراسة من (28) مشاركاً من الذكور، والإناث ممن يعانون من اضطراب الوسواس

القهري في المملكة المتحدة. وتكونت الدراسة من مجموعتين: إحداهما تلقت العلاج الفردي وكان عدد أفرادها (11) مشاركاً تراوحت أعمارهم (19–54) سنة، ومجموعة أخرى تلقت العلاج الجماعي وكان عدد أفرادها (17) مشاركاً تراوحت أعمارهم بين (25–64) سنة. وقد توصلت الدراسة إلى انّ للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي فعالية أكبر وذات دلالة في تخفيض اضطراب الوسواس القهري ودرجة الاكتئاب مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي الفردي.

التعقيب على الدراسات السابقة

لقد هدفت بعض الدراسات السابقة إلى الكشف عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض اضطراب الوسواس القهري، كدراسة مارك (Marck, 1995)، ودراسة جرير (Greer, 2005)، ودراسة ويلسون وتشامبلس (Wilson & Chambless, 2005)، ودراسة روفر وزملائه (Rufer et al., 2006)، ودراسة فالديرهوغ (Valderhaug et al., 2007)، ودراسة مايكل (Michal, 2006). فقد تناولت جميع هذه الدراسات العلاج المعرفي السلوكي كإحدى طرق العلاج المختلفة في تخفيض اضطراب الوسواس القهري، فيما انفردت دراسة أندرسون وزملائه (Andersson et al., 2012) بتقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري باستخدام طريقة الإنترنت كوسيلة للعلاج.

وهناك بعض الدراسات التي تناولت فاعلية بعض البرامج العلاجية في تخفيض اضطراب الوسواس القهري كدراسة سعفان (2000) التي هدفت إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوساوس القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب، ودراسة مقدادي (2008) التي هدفت لمعرفة أثر برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري.

وهناك دراسات تناولت العلاج السلوكي وحده في تخفيض اضطراب الوسواس القهري كدراسة الدفاعي (2009)، التي هدفت لمعرفه أثر برنامج علاجي سلوكي مختصر لخفض أعراض الوسواس القهري، ودراسة مبارك (2004) التي هدفت لمعرفة أثر العلاج السلوكي الأسرى المكثف لخفض اضطراب الوسواس القهري.

وهنالك بعض الدراسات التي هدفت للمقارنة بين نوعين من العلاج لخفض اضطراب الوسواس القهري هما: العلاج المعرفي والسلوكي، والعلاج بالعقاقير كدراسة السعدني (1996)، ودراسة هوهاجن وزملائه (Hohagen et al., 1998)، ودراسة البشر وفرج (1999).

وأمّا الدراسات الأخرى فقد هدفت للمقارنة بين طرق علاج أخرى للكشف عن فعاليتها في خفض اضطراب الوسواس القهري كدراسة ماكلاين (Mclean, 2001) التي هدفت لعمل مقارنة بين كل من العلاج السلوكي التقليدي، والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب الوسواس القهري، ودراسة هاميل (Himle, 2006) التي هدفت للمقارنة بين نوعين من العلاج هما العلاج السلوكي المباشر، والعلاج السلوكي عن طريق الفيديوكونفرانس، ودراسة تولين وزملائه (Tolin et al., 2007) التي هدفت إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي بواسطة معالج، والعلاج المعرفي السلوكي الذاتي لعلاج اضطراب الوسواس القهري، ودراسة رو ووايس (Wroe & Wise, 2013) التي قارنت بين العلاج المعرفي السلوكي الفردي، والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي لعلاج من يعانون من الوسواس القهري.

يتضح مما سبق عدم توفر دراسات عربية استخدمت برنامجاً ارشادياً جمعياً مع طلاب المرحلة الاساسية وبالتحديد المراهقون لخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، وما يميز الدراسة الحالية ايضاً عن غيرها من الدراسات السابقة بأن الباحث قام ببناء مقياس جديد كأداة من أدوات دراسته يتناسب مع الفئة العمرية لمجتمع الدراسة الحالي، بالإضافة لعمل للمقابلات لجميع أفراد عينة الدراسة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً تفصيلياً لمجتمع الدراسة وعينتها، والأدوات المستخدمة، ووصفاً لإجراءات الدراسة والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاستخراج النتائج.

مجتمع الدراسة

تكّون مجتمع الدراسة الحالية من (220) طالباً من طلاب الصفوف: الثامن والتاسع والعاشر في مدرسة جحفية الثانوية الشاملة للبنين التابعة لمديرية تربية لواء المزار الشمالي ممن تتراوح أعمارهم بين (14 – 16) سنة، خلال الفصل الأول من العام الدراسي 2014/2013.

عينة الدراسة

تكّونت عينة الدراسة الفعلية من(20) طالباً من طلاب الصفوف (الثامن، التاسع، العاشر)، ممن حصلوا على أعلى درجات أكثر من (120) على مقياس الوسواس القهري المستخدم ليمثلوا العينة الحقيقية والنهائية لهذه الدراسة، ولديهم الرغبة الطوعية للمشاركة في الدراسة. فقد تم توزيع أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين: تألفت كل مجموعة من (10) طلاب، إحدى هاتين المجموعتين تجريبية والأخرى ضابطة. طبق على المجموعة التجريبية برنامج الإرشاد الجمعي؛ ولم يطبق على المجموعة الضابطة أي برنامج إرشادي.

أدوات الدراسة:

اشتملت الدراسة على الأدوات التالية :

أولاً: مقياس الوسواس القهري.

ثانياً: المقابلات التشخيصية.

ثالثاً: البرنامج الإرشادي الجمعي.

أولاً: مقياس الوسواس القهري:

طّور الباحث مقياساً للوسواس القهري مستفيداً من أهم المقاييس العالمية لقياس الوسواس القهري أهمها: قائمة مودسلي للوسواس القهري(Moudsley Obsessional Compulsive Inventory) من وضع "هودجسون، وريخمان (Hodgson & Rachman, 1977) وغيرها من المواقع الالكترونية ذات الصلة، فقد قام الباحث بوضع مقياس للوسواس القهري اشتمل بصورته الأولية على (52) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد، هي: بُعد النظافة وله (13) فقره وبُعد الشك وله (27) فقره وبُعد البطء وله (12) فقرة (انظر ملحق أ).

1- بُعد النظافة يتكون من (13) فقرات ويشمل الفقرات ذات الأرقام التالية:

(1،6،11،16،22،27،30،32،35،38،43،47،50)

2- بُعد الشك يتكون من (27) فقرة ويشمل الفقرات ذات الأرقام التالية:

(4،9،14،19،25،31،36،41،46،51،5،7،10،12،15،17،20،23،28،33،37،39،42،44، 47،49،52)

3- بُعد البطء يتكون من (12) فقرات ويشمل الفقرات ذات الأرقام التالية:

(3،8،13،18،21،24،26،29،34،40،45،51)

صدق المقياس:

صدق المحتوى:

ولأغراض هذه الدراسة، قام الباحث بعرض المقياس على (3) محكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في قسم علم النفس الإرشادي والتربوي في جامعة اليرموك. وقد طلب منهم تقديم رأيهم في جميع فقرات المقياس من حيث الصياغة اللغوية، ووضوح المعنى لكل فقرة، ومدى مناسبة تلك الفقرات للمقياس، والأبعاد. وقد أظهروا موافقتهم على جميع فقرات المقياس، مع إجراء بعض التعديلات البسيطة على الصياغة اللغوية لبعض فقرات المقياس.

صدق البناء:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (60) طالباً من خارج عينة الدراسة في مدرسة دير يوسف الثانوية الشاملة للبنين، وحُسبت معاملات الارتباط المصححة لفقرات المقياس، وحذفت الفقرات التى ارتباطها ضعيف بالمقياس (أقل من 0.30)، وبذلك أصبح المقياس بصورته النهائية يتكون من (36) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي:

1- بُعد النظافة يتكون من (9) فقرات ويشمل الفقرات ذات الأرقام التالية:

(32،27،24،22،20،17،13،9،5).

2- بُعد الشك يتكون من (17) فقرة ويشمل الفقرات ذات الأرقام التالية:

(36,31,34,30,28,26 ،25,21,18,15,11,10,8,7,4,2,1)

3- بُعد البطء يتكون من (10) فقرات ويشمل الفقرات ذات الأرقام التالية:

(14،12،6،3 23،19،16،33،35) (انظر الملحق ب).

جدول (1)

قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس الوسواس القهري بالأبعاد وبالدرجة الكلية

الفقرة	ارتباط الفقرة بالبعد	ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
5	0.36	0.30
9	0.37	0.50
13	0.46	0.40
17	0.42	0.44
20	0.55	0.39
22	0.42	0.45
24	0.47	0.46
27	0.45	0.36
32	0.45	0.36
1	0.34	0.37
2	0.54	0.58
4	0.43	0.50
7	0.46	0.46
8	0.41	0.35
10	0.34	0.43
11	0.54	0.50

الفقرة	ارتباط الفقرة بالبعد	ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية
15	0.43	0.40
18	0.34	0.41
21	0.38	0.43
25	0.44	0.65
26	0.40	0.39
28	0.41	0.37
30	0.47	0.39
31	0.57	0.48
34	0.41	0.39
36	0.43	0.49
3	0.57	0.46
6	0.34	0.43
12	0.43	0.50
14	0.42	0.51
16	0.50	0.51
19	0.37	0.51
23	0.35	0.31
29	0.39	0.33
33	0.37	0.25
35	0.31	0.34

يلاحظ من جدول (1) أنّ معاملات الارتباط المصححة المتعلقة بارتباط كل فقرة بالبعد الخاص بها المشتمل عليها مقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري تراوحت بين (0.36 – 0.55) لبُعد النظافة، وبين (0.34 – 0.57) لبُعد الشك، وبين (0.31– 0.57) لبُعد البطء، أمّا بالنسبة للدرجة الكلية فتراوحت بين (0.25 – 0.65) مما يشير إلى أنّ المقياس يتمتع بصدق بناء مناسب.

كما أُجري صدق محكي (Criterion-Referenced validity) لمقياس اضطراب الوساوس (المكوّن من 36 فقرة)، وذلك بتطبيقه مع مقياس القلق كسمة، الذي طوّره شبيلبيرجر وجورزوخ ولوشن وفاج وجاكوبس (Spielberger, Gorsuch, Lushen, Vagg, & Jacobs, 1983) وعرّبه عبد الخالق (1984) (انظر الملحق ب)، على عينة استطلاعية تكونت من (50) طالباً من خارج عينة الدراسة من مدرسة عنبة الثانوية للبنين، ومن ثّم حساب معاملات الارتباط

بين درجات أفراد العينة على مقياس القلق كسمة، ودرجاتهم على كل بعد من أبعاد مقياس اضطراب الوساوس، وعلى الدرجة الكلية للمقياس. وقد تبين أنّ معاملات الإرتباط كانت جميعها إيجابية ودالة إحصائياً، ويتضح ذلك في جدول (2).

جدول (2)

معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية على مقياس الوسواس القهري ودرجاتهم على مقياس القلق كسمة

الوسواس القهري	القلق كسمة
الشك	.69**
البطء	.64**
النظافة	.62**
الدرجة الكلية	.65**

** الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة α =0.01

ثبات المقياس

قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ – ألفا، وذلك لدرجات أفراد العينة الاستطلاعية المكونة من (60) طالباً، ويُظهر جدول (3) معامل الثبات لأبعاد المقياس كل منها على حده وللمقياس ككل.

جدول (3)

معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الوسواس القهري

الأبعاد			
بُعد النظافة	بُعد الشك	بُعد البطء	الكلي
0.76	0.83	0.75	0.90

ويُلاحظ من الجدول (3) أنّ قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي المتعلقة بأبعاد مقياس الوسواس القهري تراوحت بين (0.75– 0.83) وهذا يشير إلى أنّ المقياس يتمتع بمعامل ثبات مناسب وجيد وأنّه يفي بأغراض الدراسة الحالية.

تصحيح المقياس

يتكون المقياس من (36) فقرة ، يُجيب عليها المفحوص وفق تدريج خماسي يشتمل البدائل التالية: (تنطبق بدرجة منخفضة جداً تُعطى عن تصحيحها صفر، تنطبق بدرجة منخفضة تعطى عند تصحيحها درجة واحدة، تنطبق بدرجة متوسطة تعطى درجتين، تنطبق بدرجة عالية تعطى ثلاث درجات، تنطبق بدرجة عالية جداً تعطى أربع درجات)، إذ تتراوح درجات أبعاد المقياس كالآتي:

1- بُعد النظافة وتتراوح درجاته بين (0- 36).

2- بُعد الشك وتتراوح درجاته بين (0- 68).

3- بُعد البطء وتتراوح درجاته بين (0- 40).

وبذلك تنحصر درجات المقياس بين (0-144) إذ أنّ (0) أقل درجة ممكن أن يحصل عليها المفحوص و(144) أعلى درجه ممكن أن يحصل عليها، بحيث أنّه كلما ارتفعت درجة المفحوص كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المفحوص. وتجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد فقرات عكسية في المقياس.

ثانياً: المقابلات التشخيصية

قام الباحث بإجراء مقابلات للطلبة الذين حصلوا على أعلى درجات على مقياس أعراض الوسواس القهري وذلك للتأكد من تحقق الأعراض المتعلقة باضطراب الوسواس القهري وكان عددهم (20) طالباً إذ تم إعداد مجموعة من الأسئلة ذات العلاقة والتي تم طرحها على جميع أفراد العينة أثناء المقابلات وتمثلت الأسئلة بما يلي:

أولاً: ما هي الوساوس القهرية التي تعاني منها ؟.

ثانياً: ما مقدار التوتر الذي يحدثه الوسواس القهري لديك؟.

ثالثاً: ما هي آثار وعواقب الوسواس القهري على مختلف جوانب حياتك؟.

رابعاً: هل يلاحظ الأشخاص المحيطون بك أن لديك وساوس؟ إذا كانت الإجابة نعم، من هم هؤلاء الأشخاص، وما هي ملاحظاتهم؟.

خامساً: ما هي الإجراءات، والطرق التي تستخدمها للتغلب على الوساوس التي تلحّ عليك؟.

فيما يتعلق بالسؤال الأول أجاب (7) طلاب من أفراد العينة على أنّ أكثر أنواع الوساوس القهرية التي يعانون منها وأكثرها تكرارا لديهم هي وساوس تتعلق بالنظافة الزائدة، فيما أشار (8) طلاب من أفراد العينة إلى أنّ أكثر أنواع الوساوس القهرية شدة لديهم هي وساوس تتعلق بالشك بالأفعال التي يقومون بها، فيما أكد (5) طلاب من أفراد العينة أنّ أكثر أنواع الوساوس القهرية تكرارا لديهم هي وساوس تتعلق بالبطء الشديد في أداء الأعمال الروتينية اليومية التي عليهم القيام بها وخاصة المدرسية منها، يتبين مما سبق أنّ جميع أنواع الوساوس موجودة بنسب متقاربة لدى أفراد العينة.

أمّا فيما يتعلق بالإجابة عن السؤال الثاني، فقد كان هنالك إجماع من جميع أفراد العينة أنّ مقدار ما يحدثه الوسواس القهري من توتر على اختلاف أنواعه، ودرجاته لديهم كان عالياً، فقد أشار جميع أفراد العينة بأنّ الوساوس قد زادت من مقدار التوتر، والضيق لديهم مما انعكس ذلك على جميع نواحي حياتهم، فقد ذكروا بأنّهم يقضون ما يزيد عن الساعة ونصف وهم منشغلون في تلك الوساوس.

وأمّا فيما يتعلق بالإجابة عن السؤال الثالث فقد كان هنالك إجماع أيضا من جميع أفراد العينة ، ماعدا اثنين منهم على أنّ للوساوس القهرية آثاراً على مختلف نواحي حياتهم أهمها الدراسة أي الجانب الأكاديمي؛ فيما أشار اثنان من أفراد العينة إلى أنّ الوساوس كان لها آثار سلبية وهّدامة في الجانب الاجتماعي، وخصوصا بين جماعة الرفاق.

وفيما يتعلق بالإجابة عن السؤال الرابع فقد كانت إجابات المشاركين متقاربة إلى حد ما فقد كانت إجاباتهم جميعها نعم، وأمّا فيما يتعلق بالأشخاص المحيطين وفحوى ملاحظاتهم فقد أشار (16) طالباً إلى أنّ أكثر الأشخاص ملاحظة لهم هم الوالدان بالإضافة للأخوة أما الأربعة الآخرون أشاروا إلى أنّ أكثر الأشخاص ملاحظة لهم هم رفاقهم داخل المدرسة، وخارجها، ومعلموهم فجميع أفراد العينة أعطوا أكثر من مصدر، وكانت أغلب ملاحظات المحيطين، حسب ما ذُكر على لسان جميع أفراد العينة، تتركز بقولهم سلوكياتك زائدة عن الحد لا تحتاج منك كل هذا الوقت والجهد، عليك مراجعة الطبيب النفسي فسلوكياتك، وأفكارك مبالغ فيها ولا داعي لها ولابد أن تعالج.

أمّا فيما يتعلق بالسؤال الخامس فقد ذكر (12) طالباً من أفراد العينة أنهم حاولوا التخلص من تلك الوساوس بمحاولة إجبار أنفسهم على الامتناع عنها أي (منع ظهور الاستجابة) ولكن دون جدوى، إذ أنهم دائما ما يعودون للانشغال بهذه الوساوس على اختلاف أنواعها، فيما ذكر (6) طلاب بأنّهم حاولوا الاستعانة بالانترنت لمعرفة المزيد عن اضطراب الوسواس القهري وأخطاره مما خفف بعض الشيء من حده توترهم ومشاعر الضيق التي كانت تنتابهم، ولكن لم يكن بالمستوى المطلوب، فيما أشار طالبان أنّهم لم يحاولوا بذل أي جهد للتخلص من وساوسهم القهرية؛ فقد كانت تزداد يوما بعد يوم، وقد كانوا مجرد مستمعين سلبيين لانتقادات المحيطين بهم.

برنامج الإرشاد الجمعي :

قام الباحث ولأغراض هذه الدراسة بإعداد برنامج إرشاد جمعي مستخدماً العديد من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية بما فيها استراتيجية رواية القصة اشتمل عليها البرنامج الإرشادي، مستنداً لما نُشر من برامج في الأدب السابق حول هذا الموضوع لويلسون وتشامبلس (Wilson & Chambless, 2005) ويلهلم واستيكت (Wilhelm & Steketee, 2005) فقد صمم البرنامج من (12) جلسة إرشادية بلغت مدة كل جلسة منها (60) دقيقه، وبمعدل جلستين أسبوعياً وقد

وهدف البرنامج إلى مساعدة الطلبة في خفض أعراض الوساوس القهرية لديهم. وقد اشتملت كل جلسة على شرح وتوضيح وتطبيق لأغلب الاستراتيجيات الإرشادية والعلاجية، بالإضافة لنشاطات وواجبات منزلية كانت تعطى لأفراد المجموعة التجريبية في نهاية كل جلسة إرشادية. وفيما يلي ملخص موجز لجلسات البرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى: وتسمي بالجلسة التمهيدية فقد هدفت هذه الجلسة إلى إجراء تعارف بين جميع الإطراف أي بين المرشد، وأعضاء المجموعة الإرشادية، وبين أعضاء المجموعة أنفسهم، بالإضافة إلى التعريف بماهية الإرشاد الجمعي، وقواعد العمل، وتعريفهم بأهداف البرنامج، وتحديد توقعات أعضاء المجموعة وأخذ موافقتهم على المشاركة في البرنامج.

الجلسة الثانية: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف أعضاء المجموعة بماهية الوسواس القهري، أنواعه، أسبابة، أعراضه، وآثاره المختلفة على الفرد الذي يعاني منه.

الجلسة الثالثة: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف الأعضاء بوساوس الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة الزائدة، وذلك بتوضيح لإستراتيجية الاسترخاء العضلي وإستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة ودورهما في خفض هذه الوساوس بالإضافة لرواية قصة "**أحمد النظيف**"، ليتعرف الأعضاء على الآثار السلبية للوسواس النظافة.

الجلسة الرابعة: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف الأعضاء بوساوس الأفعال القهرية المتعلقة بالشك. وذلك بتوضيح لإستراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي، وفنية صرف الأفكار بالإضافة لرواية قصة "**التاجر الحريص**".

الجلسة الخامسة: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف الأعضاء بوساوس الأفعال القهرية المتعلقة بالبطء الوسواسي، وذلك بتوضيح لإستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة ودورها في خفض هذا النوع من الوساوس بالإضافة لرواية قصة "**الشاب الأنيق**"؛ وليتعرفوا على أهمية دور الأسرة في العلاج.

الجلسة السادسة: هدفت الجلسة إلى تعريف الأعضاء بوساوس الأفكار المتعلقة بالنظافة، وذلك بتوضيح لإستراتيجية مواجهة تلك الأفكار والتعود عليها وتقبلها باستخدام التعريض بالتسجيل الكتابي، والصوتي ودورها في خفض هذا النوع من الوساوس بالإضافة لرواية قصة "**الرجل الخائف**"

الجلسة السابعة: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف الأعضاء بوساوس الأفكار المتعلقة بالشك، وذلك بتوضيح كيفيه استخدام استراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي، وفنية صرف الأفكار ودورهما العلاجي في خفض هذا النوع من الوساوس بالإضافة لرواية قصة "**الطالب الشكّاك**.

الجلســة الثامنــة: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف الأعضاء بوساوس الأفكار المتعلقة بالبطء الوسواسي، وذلك بتوضيح كيفيه استخدام استراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي. وفنيات المساعدة الذاتية ودورها في خفض هذا النوع من الوساوس بالإضافة لرواية قصة "**نادر البطئ**".

الجلسة التاسعة: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف الأعضاء بوساوس الأفعال والأفكار القهرية المتعلقة بالنظافة، وذلك بتوضيح كيفيه استخدام استراتيجية التعريض ومنع الاستجابة، وفنيات المراقبة الذاتية، ودورها في خفض هذا النوع من الوساوس بالإضافة لرواية قصة "**الابن المدلل**"

الجلسة العاشرة: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف الأعضاء بوساوس الأفعال، والأفكار القهرية المتعلقة بالشكوك المتعلقة بالعبادات، وذلك بتبصير الأعضاء بالأحكام الدينية المتعلقة بالوساوس القهرية مع توضيح لإستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة وفنية وقف الأفكار ودورهما في خفض هذا النوع من الوساوس بالإضافة لرواية قصة "**أنس الموسوس**.

الجلسة الحادية عشرة: هدفت هذه الجلسة إلى تعريف الأعضاء بوساوس الأفعال والأفكار القهرية المتعلقة بالبطء الوسواسي، وذلك بتوضيح كيف تم استخدام استراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض هذا النوع من الوسواس القهري بالإضافة لرواية قصة "**الممرض المثالي**.

الجلسة الثالثة عشرة: وهي الجلسة الختامية، فقد هدفت إلى استعراض ما تم انجازه في البرنامج، والربط بين جلسات البرنامج بشكل كامل، ومناقشة ملاحظات الأعضاء حول البرنامج، والتعرف على حجم الفائدة المحققة، وتحديد آلية المتابعة (انظر ملحق د).

إجراءات الدراسة

قام الباحث بتوزيع المقياس على مجتمع الدراسة، وهم طلاب الصفوف الثامن، والتاسع والعاشر في مدرسة جحفية الثانوية الشاملة للبنين والبالغ عددهم (220) طالباً. فقد قام الباحث بنفسه بتوزيع المقياس على أفراد مجتمع الدراسة، وتم توضيح التعليمات الخاصة به بشكل مفصل. إذ لم يُسّم المقياس مقياس الوسواس القهري وإنما أسماه مقياس الشخصية. وقد تم تحديد الطلبة الذين حصلوا على أعلى درجات على مقياس الوسواس القهري، ولديهم الرغبة بأن يشاركوا في الدراسة وقد بلغ عددهم (20) طالباً، تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، إذ تم اختيارهم بطريقة سحب الرقم دون إرجاعه، ومن ثّم تم عمل مقابلات تشخيصية لجميع أفراد المجموعة للتأكد من أنّ أفراد العينة يعانون فعلاً من الوساوس القهرية. بعدها خضع أعضاء المجموعة التجريبية لبرنامج علاجي لخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لديهم، وقام الباحث بنفسه بإدارة جلسات البرنامج من حيث: شرح وتوضيح وتطبيق مختلف الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية وكيفية توظيفها للتغلب على اعراض اضطراب الوسواس القهري بما فيها استراتيجية رواية القصص التي تضمنتها الجلسات. وتم إجراء القياس البعدي بعد أسبوع من آخر جلسة، وبعدها بثلاثة أسابيع تم إجراء قياس المتابعة لكلا المجموعتين (التجريبية والضابطة).

متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية:

1. المتغير المستقل:

- المجموعة: المجموعة التجريبية ، والمجموعة الضابطة.

2. المتغيرات التابعة:

- أبعاد مقياس الوسواس القهري، والدرجة الكلية على المقياس.

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية

المجموعة التجريبية G1:

(R) تعيين عشوائي ، (O1) قياس قبلي، (X) برنامج الإرشاد الجمعي، (O2) قياس بعدي، (O3) قياس متابعة.

G1 : R O1 X O2 O3

المجموعة الضابطة G2:

(R) تعيين عشوائي، (O1) قياس قبلي، (–) عدم تقديم برنامج إرشاد جمعي، (O2) قياس بعدي، (O3) قياس متابعة.

G2 : R O1 - O2 O3

المعالجة الإحصائية

تم استخدام تحليل التباين الأحادي المتعدد (MANOVA) للتعرف على الفروق بين المتوسطات الحسابية بين المجموعتين التجريبية، والضابطة على أبعاد مقياس الوسواس القهري، في كل من القياس القبلي والقياس البعدي وقياس المتابعة. وتم استخدام اختبار T-test لحساب الفروق بين المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية، والضابطة على الدرجة الكلية لمقياس الوسواس القهري في كل من القياس القبلي والقياس البعدي وقياس المتابعة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة من خلال اختبار فرضياتها والإجابة عن أسئلتها. تم التأكد بدايةً من إتباع البيانات للتوزيع الطبيعي (Normal Distribution) باستخدام اختبار كولموقوروف سميرنوف (One Sample test Kolmogorov- Smirnov)، والجدول (4) يبين ذلك.

جدول (4)

نتائج اختبار كولموقوروف سميرنوف

المتغير	Kolmogorov-Smirnov Z	الدلالة الإحصائية
النظافة قبلي	.729	.662
الشك قبلي	.379	.999
البطء قبلي	.561	.912
كلي قبلي	.909	.380

يُلاحظ من الجدول رقم (4) أنّ جميع قيم الدلالة الإحصائية لاختبار كولموقوروف سميرنوف للمتغيرات تراوحت من (0.379−0.909) وجميعها أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ($0.05 \geq p$)، مما يدل على أنّ جميع المتغيرات تتبع التوزيع الطبيعي.

تكافؤ المجموعات

للتحقق من تكافؤ المجموعات تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس القبلي تبعا لمتغير المجموعة، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس القبلي تبعا لمتغير المجموعة

	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
النظافة قبلي	تجريبية	3.24	.295	10
	ضابطة	3.11	.262	10
	المجموع	**3.18**	**.280**	**20**
الشك قبلي	تجريبية	3.15	.307	10
	ضابطة	3.02	.368	10
	المجموع	**3.09**	**.336**	**20**
البطء قبلي	تجريبية	3.31	.260	10
	ضابطة	3.33	.333	10
	المجموع	**3.32**	**.291**	**20**

يبين الجدول (5) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس القبلي بسبب اختلاف متغير المجموعة.

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الأحادي المتعدد على الأبعاد والذي تظهر نتائجه بالجدول رقم (6) واختبار – ت– للدرجة الكلية كما يظهر في جدول رقم (7).

جدول (6)

تحليل التباين الأحادي المتعدد لأثر المجموعة على أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس القبلي

مصدر التباين	المجالات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية	حجم الاثر
المجموعة	النظافة قبلي	.089	1	.089	1.141	.300	.060
هوتلنج=080.	الشك قبلي	.084	1	.084	.730	.404	.039
ح=736.	البطء قبلي	.002	1	.002	.022	.883	.001
الخطأ	النظافة قبلي	1.402	18	.078			
	الشك قبلي	2.065	18	.115			
	البطء قبلي	1.610	18	.089			
الكلي	النظافة قبلي	1.491	19				
	الشك قبلي	2.149	19				

مصدر التباين	المجالات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية	حجم الاثر
	البطء قبلي	1.612	19				

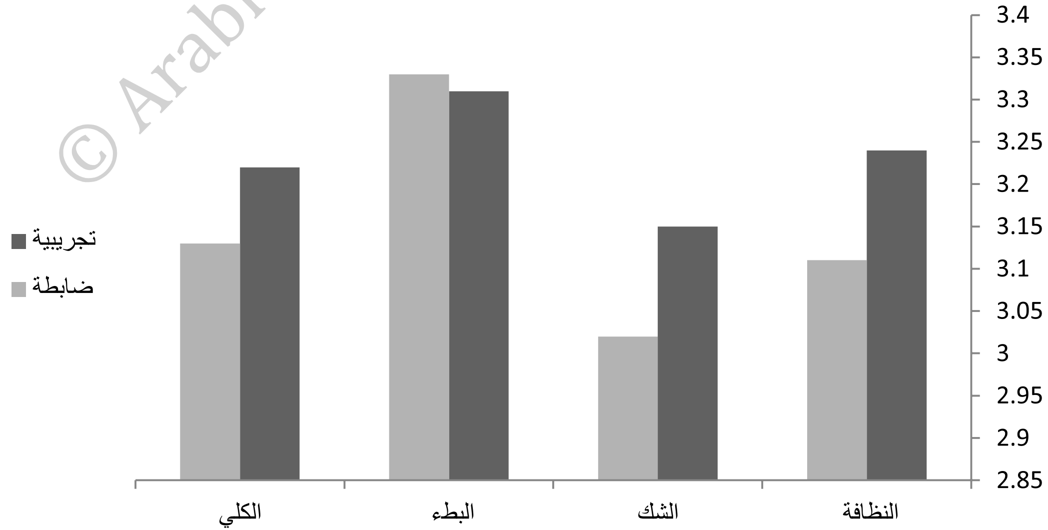
يتبين من الجدول (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($0.05\geq p$) تُعزى لأثر المجموعة في جميع الأبعاد.

جدول (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) لأثر المجموعة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس القبلي

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
تجريبية	10	3.22	.207	.848	18	.407	.038
ضابطة	10	3.13	.259				

يتبين من الجدول (7) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($0.05\geq p$) تعزى لأثر المجموعة في الأداة ككل.



شكل (1)

رسم بياني يوضح المتوسطات الحسابية لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على

أبعاد مقياس الوسواس القهري في القياس القبلي.

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($0.05 \geq p$) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس البعدي.

لاختبار هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس البعدي تبعا لمتغير المجموعة، والجدول رقم(8) يوضح ذلك.

جدول (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس البعدي تبعا لمتغير المجموعة

	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
النظافة بعدي	تجريبية	1.36	.674	10
	ضابطة	3.41	.189	10
	المجموع	**2.38**	**1.159**	**20**
الشك بعدي	تجريبية	1.33	.509	10
	ضابطة	3.33	.169	10
	المجموع	**2.33**	**1.090**	**20**
البطء بعدي	تجريبية	1.48	.577	10
	ضابطة	3.40	.279	10
	المجموع	**2.44**	**1.079**	**20**

يبين الجدول (8) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس البعدي بسبب اختلاف متغير المجموعة.

ولبيـان دلالـة الفـروق الإحصـائية بـين المتوسـطات الحسـابية تـم اسـتخدام تحليـل التبـاين الأحـادي المتعـدد علـى الأبعـاد كمـا يظهـر مـن جـدول رقـم (9) واختبـار –ت– للدرجـة الكليـة والـذي تظهر نتائجه في جدول رقم (10).

جدول (9)

تحليل التباين الأحادي المتعدد لأثر المجموعة على أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس البعدي

مصدر التباين	المجالات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية	حجم الاثر
المجموعة	النظافة بعدي	21.127	1	21.127	86.113	.000	.827
هوتلنج=8.057	الشك بعدي	20.000	1	20.000	138.942	.000	.885
ح=.000	البطء بعدي	18.432	1	18.432	89.766	.000	.833
الخطأ	النظافة بعدي	4.416	18	.245			
	الشك بعدي	2.591	18	.144			
	البطء بعدي	3.696	18	.205			
الكلي	النظافة بعدي	25.543	19				
	الشك بعدي	22.591	19				
	البطء بعدي	22.128	19				

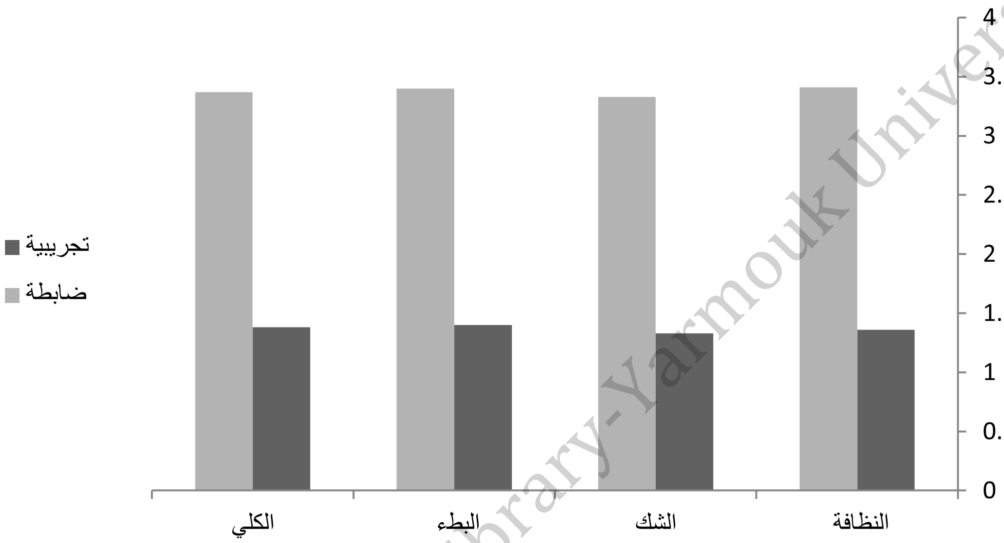
يتبين من الجدول (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية (p≤0.05) تعزى لأثر المجموعة في جميع الأبعاد كما يبين الجدول أنّ حجم الأثر كان متوسطاً. ويتضح من جدول(8) أنّ درجات المجموعة التجريبية على جميع الأبعاد كانت أدنى.

جدول (10)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار(ت) لأثر المجموعة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس البعدي

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
تجريبية	10	1.38	.553	-10.872	18	.000	.868
ضابطة	10	3.37	.174				

يتبين من الجدول (10) وجود فرق ذي دلالة إحصائية (0.05≥p) يُعزى لأثر المجموعة على الأداة ككل، وأنّ حجم الأثر متوسط. ويتضح من الجدول أنّ متوسط درجات المجموعة التجريبية كان أدنى، مما يشير إلى رفض الفرضية الأولى.



شكل(2)

رسم بياني يوضح المتوسطات الحسابية لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الوسواس القهري في القياس البعدي

الفرضية الثانية:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (0.05≥p) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في قياس المتابعة".

لاختبار هذه الفرضية تّم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في قياس المتابعة تبعا لمتغير المجموعة، والجدول رقم (11) يوضح ذلك.

جدول (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في قياس المتابعة تبعا لمتغير المجموعة

	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد
النظافة متابعة	تجريبية	.66	.690	10
	ضابطة	3.53	.202	10
	المجموع	**2.09**	**1.557**	**20**
الشك متابعة	تجريبية	.62	.737	10
	ضابطة	3.41	.173	10
	المجموع	**2.01**	**1.525**	**20**
البطء متابعة	تجريبية	.81	.702	10
	ضابطة	3.48	.199	10
	المجموع	**2.15**	**1.459**	**20**

يبين الجدول (11) تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في قياس المتابعة بسبب اختلاف متغير المجموعة.

ولبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الأحادي المتعدد على الأبعاد والذي تظهر نتائجه في جدول رقم (12) واختبار – ت– للدرجة الكلية والذي تظهر نتائجه في جدول رقم (13).

جدول (12)

تحليل التباين الأحادي المتعدد لأثر المجموعة على أبعاد مقياس اضطراب الوسواس القهري في قياس المتابعة

مصدر التباين	المجالات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية	حجم الاثر
المجموعة	النظافة متابعة	41.408	1	41.408	160.353	.000	.899
هوتلنج=9.110	الشك متابعة	39.035	1	39.035	136.238	.000	.883
ح=.000	البطء متابعة	35.645	1	35.645	134.086	.000	.882
الخطأ	النظافة متابعة	4.648	18	.258			
	الشك متابعة	5.157	18	.287			
	البطء متابعة	4.785	18	.266			
الكلي	النظافة متابعة	46.056	19				
	الشك متابعة	44.193	19				

مصدر التباين	المجالات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية	حجم الاثر
	البطء متابعة	40.430	19				

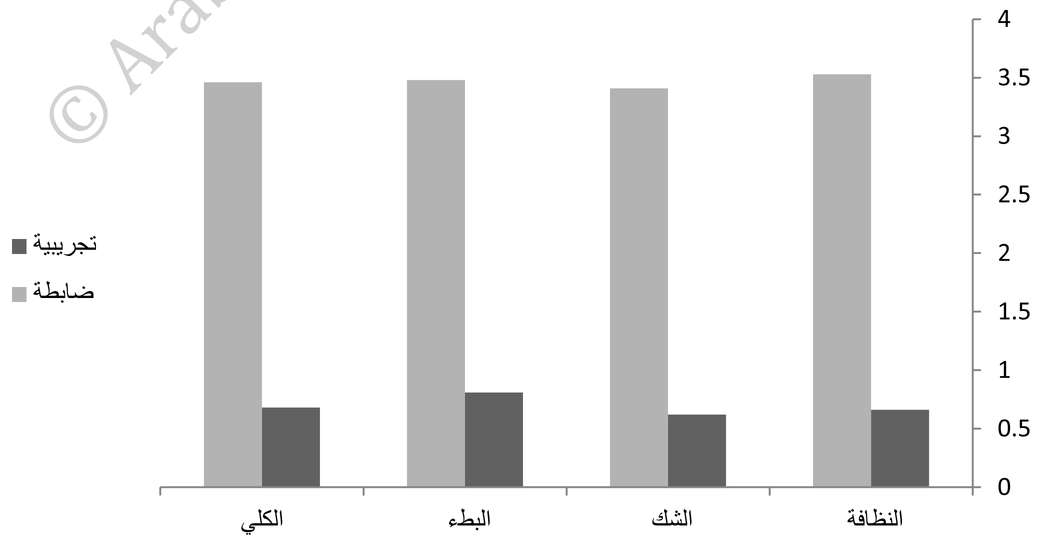
يتبين من الجدول (12) وجود فروق ذات دلالة إحصائية (0.05≥p) تُعزى لأثر المجموعة في جميع الأبعاد، كما يبين الجدول أنّ حجم الأثر كان كبيراً. ويتضح من جدول (13) أنّ درجات المجموعة التجريبية على جميع الأبعاد كانت أدنى.

جدول (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار –ت– لأثر المجموعة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الوسواس القهري في قياس المتابعة

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
تجريبية	10	.68	.705	-12.192	18	.000	.892
ضابطة	10	3.46	.151				

يتبين من الجدول (13) وجود فروق ذات دلالة إحصائية (0.05≥p) تُعزى لأثر المجموعة في الأداة ككل، وأنّ حجم الأثر كبيراً. ويتضح من الجدول أنّ متوسط درجات المجموعة التجريبية كان أدنى، وبهذا فإن هذه النتائج لا تدعّم صحة الفرضية الثانية.



شكل(3)

رسم بياني يوضح المتوسطات الحسابية لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الوسواس القهري في قياس المتابعة

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

يتضمن هذا الفصل عرضاً لمناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء ما تم طرحة من فرضيات، مع مراعاة مدى تحقق فروض الدراسة من عدمه، بالإضافة إلى التوصيات التي انبثقت في ضوء هذه النتائج.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى والتي تنص على أنّه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($0.05 \geq p$) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في القياس البعدي".

تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري وعلى الدرجة الكلية. فقد أظهرت النتائج انخفاض مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري على جميع أبعاد المقياس في القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. أي أنّ برنامج الإرشاد الجمعي كان ذا فاعلية في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المشاركين. وأشارت النتائج كذلك إلى أنّ حجم الأثر للبرنامج الإرشادي كان كبيراً.

واتفقت هذه النتيجة بما توصلت إليها نتائج الدراسات السابقة بأن للعلاج المعرفي السلوكي فعالية ذو دلالة إحصائية في خفض اضطراب الوسواس القهري كدراسة مارك (Marck, 1995)، ودراسة جرير (Greer, 2005)، ودراسة ويلسون وتشاميلس (Wilson& Chambless, 2005)، ودراسة روفر وزملائه (Rufer et al., 2006)، ودراسة فالديرهوغ (Valderhaug et al., 2007)، ودراسة مايكل (Michal, 2006)، ودراسة مقدادي (2008) ودراسة مبارك (2004).

ويمكن تفسير النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة وهي انخفاض درجة أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى اشتمال البرنامج التجريبي على النشاطات المتضمنة لشرح وتوضيح أغلب الاستراتيجيات العلاجية المعرفية والسلوكية، وتطبيق بعضها بشكل عملي، ويرجع السبب كذلك لاستخدام البرنامج طريقة الإرشاد الجمعي، فمن المعروف أنّ للإرشاد الجمعي خصائص تميزه عن غيره من طرق الإرشاد الأخرى حيث أتاح الفرصة لجميع أعضاء المجموعة للحوار والنقاش والتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم المتعلقة بوساوسهم القهرية المختلفة، مما أسهم في زيادة استبصارهم وزيادة ثقتهم بأنفسهم. وهذا يتفق مع الدراسات السابقة التي أكدت على فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تخفيض اضطراب الوسواس القهري كدراسة رو ووايس (Wroe & Wise, 2013)، التي أشارت إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في تخفيض اضطراب الوسواس القهري مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي الفردي.

وبالنظر إلى حجم الأثر للبرنامج الإرشادي فقد كان كبيراً. وهذا من الممكن تفسيره بأن البرنامج قد استخدم مختلف الأساليب المعرفية والسلوكية متضمناً شرحاً وتطبيقاً لمختلف الاستراتيجيات العلاجية التي أتاحت الفرصة لجميع أفراد المجموعة التجريبية لاختيار الأنسب منها لهم وتطبيقها في أي وقت تظهر لديهم أعراض الوساوس القهرية بالإضافة لاشتمال البرنامج على واجبات بيتية أتاحت الفرصة لأفراد المجموعة التجريبية لزيادة استبصارهم بما لديهم من أعراض وسواسية ومحاولة طرحها خلال الجلسات الارشادية في سبيل التخلص منها أخيراً. فمن التضمينات التي يستطيع المرشدون الاستفادة منها تبعاً لهذه النتيجة هي العمل على تقديم مختلف الأساليب الإرشادية كالأساليب المعرفية، والسلوكية، سواء أكانت للفئة العمرية الخاصة بهذه الدراسة أم لفئات عمرية أخرى لتكون البرامج أكثر فاعلية. هذا ومن الممكن استخدام مختلف الأساليب المعرفية

والسلوكية بما فيها استراتيجية رواية القصة كأسلوب علاجي ذي فعالية في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري داخل المدارس.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية والتي تنص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($p \leq 0.05$) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الوسواس القهري في قياس المتابعة".

تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس أعراض الوسواس القهري وعلى الدرجة الكلية. فقد أظهرت النتائج انخفاض مستوى اضطراب الوسواس القهري على جميع أبعاد المقياس في قياس المتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة، كما تبين أن حجم الأثر بقي كبيراً. فقد أشارت النتائج إلى استمرارية انخفاض اضطراب الوسواس القهري لدى المجموعة التجريبية بشكل دالٍ إحصائياً، مما يؤكد فعالية البرنامج الإرشادي الجمعي فالمشاركون قاموا خلال الفترة الزمنية بين إجراء قياس البعدي وقياس المتابعة بتطبيق واستخدام أغلب الاستراتيجيات العلاجية المعرفية منها والسلوكية.

وعلى الرغم أنه لم تكن الفترة الزمنية بين إجراء القياس البعدي وقياس المتابعة كبيرة لدى أفراد المجموعة التجريبية، إذ لم يظهر فرقٌ بين القياسين في حجم الأثر فقد كان كبيراً في كلا القياسين. ولكن هنالك نتيجة لابد من الإشارة إليها وعدم إغفالها، وهي ثبات فعالية البرنامج الإرشادي، وذلك لاستمراريته فترة من الزمن مما يؤكد أهمية البرنامج الإرشادي الجمعي ومساهمته الفاعلة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري مع هذه الفئة من طلبة المرحلة الاساسية المراهقين.

وقـدتم التأكيـد خـلال جلسـات البرنـامج العلاجـي علـى تحديـد الخسـائر الاجتماعيـة، والاقتصادية، وأهمها الأكاديمية التي حلت بمن دارت حولهم القصص جراء وساوسهم القهرية حيث تمت الإشارة إلى أهمية الاستمرار في تطبيق مختلف الأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية ليس فقط خلال فترة البرنامج الإرشادي، وإنما كلما شعروا أن هناك أفكاراً وسواسية وقهرية تلح عليهم.

ومن التضمينات التي من الممكن تزويد المرشدين بها العمل على استخدام مثل هذه البرامج الإرشادية الجمعية مع هذه الفئة العمرية من المراهقين أو مع فئات عمرية متقاربة، وإنّ ذلك يترك المجال للدراسات المستقبلية لمقارنة فاعلية الاساليب المعرفية والسلوكية مع أساليب إرشادية أخرى في خفض اضطرابات نفسية أخرى.

التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة يضع الباحث عدداً من التوصيات التي يرجو أن تسهم في زيادة فاعلية المرشدين المدرسيين في التعامل مع الطلاب الذين يعانون من الوسواس القهري، وتقديم بعض الحلول الأخرى في علاج اضطراب الوسواس القهري لدى الطلاب لذا يوصي الباحث بما هو يلي:

- إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية على فئات عمرية أصغر لاختبار فعالية الاساليب المعرفية والسلوكية في خفض اعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال.
- تطوير مهارات المرشدين المدرسيين في كتابة، وراوية القصص العلاجية المتخصصة من خلال ورشات عمل مخصصة لهذه الغاية، وتحت إشراف أشخاص مؤهلين.
- إجراء دراسات مستقبلية تهدف لعمل مقارنة بين فعالية كل من الأساليب المعرفية، والسلوكية والأساليب الإرشادية الأخرى في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لكافة المراحل التعليمية المدرسية منها والجامعية.

- تطبيق الدراسة الحالية على عينات مماثلة من الإناث ضمن المرحلة الأساسية وبمستويات عمرية مختلفة؛ وذلك لاختبار فعالية الأساليب المعرفية والسلوكية في خفض درجة أعراض اضطراب الوسواس القهري لديهن.
- أن يعمل المرشدون على تحديد الطلبة الذين يعانون من أعراض الوسواس القهري وتوزيعهم إلى مجموعات حسب نوع الوساوس القهرية لديهم (النظافة، والشك، والبطء) ومن ثم توزيعهم لمجموعات إرشادية وفق نوع الوسواس لديهم.
- تطبيق الدراسة الحالية على عينات مماثلة مع الأخذ بعين الاعتبار زيادة المدى الزمني بين القياس البعدي وقياس المتابعة، وذلك للتأكد من ثبات فعالية البرنامج.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

القران الكريم.

إبراهيم، عبد الستار. (1980). *العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان*. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

أبو هندي، وائل. (2003). *الوسواس* القهري *من منظور عربي إسلامي*. عالم المعرفة، العدد (293)، الكويت: مطابع دار السياسة.

أحمد، سمير عبدالوهاب. (2009). *أدب الأطفال قراءات نظرية ونماذج تطبيقية*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

بارلو، ديفيد .(2002). مرجع *إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل عملي تفصيلي* (صفوت فرح، مترجم). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

البشر، سعاد وفرج، صفوت. (2002). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري. *مجلة دراسات نفسية، 12* (2)، 207-227.

بيار، مارتي.(1990). *سيكوسوماتيك الهستيريا والوسواس* (غزوي النابلسي، مترجم). بيروت: دار النهضة.

بيك، أرون. (2000). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية* (عادل مصطفى، مترجم). القاهرة: الآفاق العربية.

الجرجوس، ثراء. (2012). *أساليب التنشئة الوالدية وعلاقتها بالوسواس القهري عند الشباب الجامعي*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.

جودة، آمال. (2005). الوسواس القهري: دراسة على عينات فلسطينية. *مجلة كلية التربية، 29* (2)، 205-232.

حاج يحيى، جهاد وبشارة، صالح وعبدالحي، ياسمين. (2005). *دور القراءة العلاجية في معالجة مشاكل التلاميذ السلوكية والعاطفية*. عرعرة: دار الأماني.

حجار، محمد. (1992). *العلاج النفسي الحديث لاضطراب الوسواس الجبري*. دمشق: دار طلاس.

الخالدي، أديب. (2006). *مرجع في علم النفس الإكلينيكي الفحص والعلاج*. الأردن: دار وائل للنشر.

الدفاعي، كاظم. (2009). أثر برنامج علاجي سلوكي مختصر في خفض اضطراب الوسواس القهري. *مجلة كلية التربية، 4*، 188 – 228.

دويدار، عبد الفتاح. (2005). *في علم النفس الطبي والمرضي والإكلينيكي*. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

سالم، محمد. (2003). *الوسواس القهري دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء*. القاهرة: مكتبة دار العقيدة.

سرحان، وليد. (2008). *الوسواس القهري*. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

السعدني، مصطفى. (1996). أثر برنامج علاجي باستخدام العلاج الدوائي والعلاج السلوكي المعرفي. *المجلة المصرية ، 43*، القاهرة: جامعة عين شمس.

سعفان، محمد. (2002). فعالية برنامج إرشادي انتقالي في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب. *مجلة كلية التربية وعلم النفس، 27* (4)، 184-211.

سعفان، محمد. (2003). *اضطراب الوسواس والأفعال القهرية*: الخلفية النظرية – *التشخيص– العلاج*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

صاندرلاند، مارجوت. (2005). *علاج الأطفال بالقصة*. القاهرة: دار الفاروق.

الطيب، محمد. (1994). *مبادئ الصحة النفسية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، أحمد. (1984). *إعداد: قائمة القلق (الحالة والسمة). وضع "شبيلبيرجر" وزملائه*. الإسكندرية: دار المعارف الجامعية.

عبد الرحمن، محمد السيد. (2000). *علم الأمراض النفسية والعقلية الأسباب الأعراض التشخيص العلاج*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

عبدالخالق، أحمد والدماطي، عبدالغفار. (1995). الوسواس القهري: دراسة على عينات سعودية. *مجلة الدراسات النفسية، 5* (1)، 2-17.

عكاشة، أحمد. (2003). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

القائمي، علي. (1996). *الوسواس والهواجس النفسية*. بيروت: دار النبلاء للنشر والتوزيع.

كولز، مير.(1992). *المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي*. (عبد الغفار الدماطي، ماجدة حامد، حسن علي حسن، مترجمون). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

مبارك، خلف .(2004). العلاج السلوكي الشمولي الأسرى المكثف لاضطراب الوسواس القهري المصحوب باضطرابات انفعالية أخرى في الطفولة المتأخرة "دراسة حالة". *مجلة كلية التربية* جامعة المنيا، *17* (2)، 104-153.

مجمع اللغة العربية. (2004). *المعجم الوسيط*. ط4، القاهرة: مكتبة الشروق الدولية.

مقدادي، يوسف .(2008). فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت. مجلة جامعة *أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، 20* (2)، 261 – 324.

المراجع الأجنبية

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andersson, E., Enander, J., Andrén, P., Hedman, E., Ljótsson, B., Hursti, T., & Rück, C. (2012). Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive–compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 42* (10), 2193-2203.

Balkom, V., Anton, J., Else, D., Patrica, V., Philp, S., Kees, H., & Richard, V. (1998). Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *186*(8), 492-499.

Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders:: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.

Beck, A.(1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist, 46* (4), 368-375.

Butcher, J.N., Mineka, S., & Hooley, J.M. (2007). *Abnormal psychology.* 13th ed. Toronto, ON: Pearson.

Denys, D., Tenney, N. Harold, J., Van Megen, H., de Geus, F., & Westenberg, H. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *80*, 155–162. .

Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., & Talmor, D. (2012). Tainted love: Exploring relationship-centered obsessive compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*, 16-24.

Foa, E., Huppet, J., Leiberg, S., Langner, R., Kichi, R., Hajcak, G., & Salkowski, P. (1995). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, *14*, 485-496.

Freston, M.H., Reheeam, F., & Ladouccur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 433-446

Fridman, K. (2003). *Adolescent psychiatry*. New York: Pocket Books.

Frost, R., Tolin, D. & Steketee, G. (2007). An open trial of cognitive behavioral therapy for compulsive therapy. *Behavior Research and Therapy, 45*, 1461-1470.

Goodman, W., Price, L., & Rasmussen, S. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: II.Validity**.** *Archives of General Psychiatr*y, *46*, 1012-1016

Greer, A. (2005). *Symptom reduction in intensive cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: The role of change in beliefs about the appraisals of intrusive thoughts*. DAI-B 66/06, p.3409. Rosalind Franklin University of Medicine and Science, PhD.

Grisham, J. & Barlow, D. (2004). Compulsive hoarding: current research and therapy. *Behaviour Research and Therapy***,** ***27***, 45-52.

Hajcak, G., Huppert, D., & Foa, E. (2006). *Obsessive - compulsive disorder. Practicationer's guide to evidence-based psychotherapy***.** New York: Springer.

Himle, A. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 44*, 1821–1829.

Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, *15*, 389-395.

Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Rauschle, H., Hand, I., Konig, A., Munchau, N., & Berger, M. (1998). Combination of behavior therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. *British Journal of Psychiatry, 173*(35), 71–78.

Huppert & Roth. (2003). Treating obsessive-compulsive disorder with exposure and response prevention. *The Behavior Analyst Today*, *4*(1), 66-70.

International Obsessive Compulsive Disorder Foundtion. (2006). (IOCDF) What is OCD? Retrieved form: www.ocfoundation.org/what-is-ocd.html.

Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillberg, C., & Brodberg, A. (2010). Attachment states of mind in adolescents with observes-compulsive disorder and/or depressive disorders controlled study. *European Child Adolescent Psychiatry*, *19*, 845-853.

Jakatdar, T. (2010). *Intolerance of uncertainly for idiosyncratic concerns in analogue generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, and normal controls*. Doctoral dissertation, Philadelphia, Temple University

Jenike, M.A., Baer, L., & Ballantine, T. (1991). Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder: A long-term follow-up of 33 patients. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 548 -555.

Lack, G., Storch, E., Keely, M., Geffken, G., Ricketts, E., Murphy, T., & Goodman, W. (2009). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Base rates parent-child

agreement, and clinical correlates. *Social Psychiatry Epidemiological, 44*, 935-942.

Marane, V., Silove, D., & Wagener, R. (2009). Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, *43*(2), 167-172.

March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. New York: Guilford.

Marck , J.(1995). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with absseive –compulsive disorder: A Review and Recommendation for treatment. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*,7-18.

McGuier, J. F. (2012). *The role of rysregulation in pediatric obsessive compulsive disorder: An examination of symptom severity, impairment and treatment outcome*. Master thesis, University of South Florida, Florida.

McLean, P. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Consult Psychology, 14*, 69 - 205.

Michael, K. (2006). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A case of prolonged tooth brushing. *Clinical Case Studies*, *4*(4), 331-344.

Miller,W. & Rollnic, S. (2002*). Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and health controls. *Acta Psychiatric Scandinavia, 109* (6), 447-456.

Nasayuki, O., Masahiro, K., & Yoshio, M. (2003). Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57* (1), 67-74.

National institutes of mental health, pediatric, obsessive-compulsive Disorder Research. FAQs about OCD. Retrieved from http://intramurla,nimh.nih.gov/pocd/pocd.faqs.htm#FAQ-1

Nissen, J.B., & Tomsen, P.H. (2008). Clinicians' views on clinical examination and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder (OCD). *Nord J* Psychiatry, *62,* 309-314.

Paige, I. (2004). Obsessive-compulsive disorder: *Helping children at home and school II: Hand outs for families and educators*, National association of school psychologists.

Paige, L. (2007). Characterized by repeated behaviors intended to control recurring anxieties, obsessive-compulsive disorder probably affects at least one of your students. *Principle Leadership*, *1*, 12-16.

Rachman, S.J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 793–802.

Rachman, S.J. (1993). Obsession responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 149–154.

Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., & Hand, I. (2006). Find more like this symptom dimensions in obsessive-comprediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatric Scandinavia, 113* (5), 440-444.

Sinder, L., & Swedo, S. (2000). Pediatric obsessive-compulsive disorder. *The Journal of the American Medical Association*, *284*, 3104-3106.

Spielberger, C., Gorsuch, R.L., Lushen, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G. (1983). *State-trait anxiety inventory (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Steketee, G., Frost, R., Wincze, J., Green, K. & Douglas, H. (2000). Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 28*, 259-268.

Sukhodolsky, D. G., doRasario-Campos, M. C., Schaill, L., Katovich, L., Pauls, D. L., Peterson, B. C., & King, R. (2005). Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal Psychiatry*, *162*, 1125-1132.

Sunderland, M. (1992). *Using story telling as a therapeutic tool with children*. UK: Speec Hmark Publishing Ltd.

Tolin, D., Hannan, S., Maltby, N., Diefenbach, G., Worhunsky, P., & Brady, R. (2007). A randomized controlled trial of self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder patients with prior medication trials. *Behavior Therapy, 38* (2), 179–191.

Valderhaug, R., Larsson, B., Gotestam, K., & Piacentini, J. (2007). An open clinical tial of cognitive behavior therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behavior Research & Therapy, 45* (3), 577-589.

Varni, J., Burwinkle, T., Seid, M., & Skarr, D. (2003). The PEDS-QL 4.0 as a pediatric population health measure: Feasibility, reliability, and validity. *Ambul Pediatr*, *3*, 329-341.

Weg, A.H. (2011). *OCD treatment through storytelling: A strategy for successful therapy*. New York: Oxford University Press.

Wilhelm, S., & Steketee, G. (2005). Effectiveness of cognitive therapy for obsessive- compulsive disorder: An open trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 19*(2), 173-179.

Wilson, K., & Chambless, D. (2005). Cognitive therapy for obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1645–1654.

Wroe, A., & Wise, C. (2013). Evaluation of an adapted cognitive behavioural therapy (CBT) group programe for people with obsessive compulsive disorder: Acase study. *The Cognitive Behaviour Therapist, 5,* 112–123.

Yigiter, K., Gurer, B., & Tiryakim, K. (2013). The examining the obsessive-compulsive disorder and anxiety of students who do not make regular physical activity. *International Journal of Human Sciences*, *10*(1), 1091-1099.

Zohar, A. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry*, *8*, 445-460.

ملحق (أ)

مقياس أعراض الوسواس القهري(بصورته الأولية)

عزيزي الطالب:

بعد التحية ،،،

يقوم الباحث بدراسة حول اضطراب سمات الشخصية لدي طلبة المرحلة الأساسية حيث أضع بين أيديكم مجموعة من المواقف اليومية المختلفة المطلوب منك عزيزي الطالب قراءة كل عبارة من العبارات التالية بدقة والإجابة بصراحة تامة دون استثناء حتى نتمكن من تقديم المساعدة لك وكن متأكدا بان اجابتك ستحظى بالسرية التي يقتضيها البحث العلمي فالمطلوب منك تحديد إلى أي مدى تنطبق عليك كل عبارة بوضع دائرة على أحد الأرقام من(0-4) فلا يوجد بديل صحيح أو بديل خاطئ.

شكرا لتعاونكم

عبدالرحمن عبدالله

الرقم	بنود المقياس	تنطبق بدرجة منخفضة جداً	تنطبق بدرجة منخفضة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة عالية	تنطبق بدرجة عالية جداً
1	استخدم كمية كبيرة من أدوات التنظيف الشخصية المختلفة.	0	1	2	3	4
2	أراجع إحكام إغلاق الأبواب عدداً كبيراً من المرات.	0	1	2	3	4

3	أحتاج وقتاً طويلاً لكي أرتب ملابسي في الخزانة.	0	1	2	3	4
4	غالباً ما أتأخر لأنني أعيد عمل الأشياء مرات ومرات.	0	1	2	3	4
5	أراجع واجباتي المدرسية مرات ومرات قبل تسليمها للمعلم.	0	1	2	3	4
6	أهتم بشكل مبالغ فيه بنظافة ملابسي.	0	1	2	3	4
7	غالباً ما أعدّ الاشياء غير الهامة مثل اعمدة الشوارع.	0	1	2	3	4
8	استغرق وقتاً طويلا في تجهيز نفسي للذهاب للمدرسة.	0	1	2	3	4
9	غالباً ما أكون غير متأكد من صحة العمل الذي أقوم به على الرغم من تنفيذي له بدقة كبيرة.	0	1	2	3	4
10	أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي عمل أقوم بإنجازه.	0	1	2	3	4
11	أتردد في استخدام دورات المياه حتى ولو كانت نظيفة.	0	1	2	3	4
12	أعد البلاط عندما أسير على الأرصفة أو أصعد الادراج.	0	1	2	3	4
13	أحتاج كثيراً من الوقت لأقرر ما إذا كانت ألوان ملابسي متناسقة.	0	1	2	3	4
14	اشك في عدد الركعات التي أؤديها ما إذا كانت صحيحة.	0	1	2	3	4
15	أخشي ان أخطي في اتحاذ القرارات حتى ولو كانت بسيطة.	0	1	2	3	4
16	أقوم بغسل يديّ بعد مصافحتي لأي شخص.	0	1	2	3	4
17	يصفني المقربون مني بأنني أدقق كثيراً.	0	1	2	3	4
18	أقضي وقتاً طويلاً في تلميع حذائي.	0	1	2	3	4
19	أكرر أدائي لجميع فروض الصلاة على الرغم من أنني أؤديها كاملة.	0	1	2	3	4

20	أنا من النوع الذي يهتم بالتفاصيل اهتماماً مبالغاً فيه.	0	1	2	3	4
21	استغرق وقتاً طويلاً في تنظيف أسناني.	0	1	2	3	4
22	أنشغل كثيراً في التفكير بالجراثيم والأمراض.	0	1	2	3	4
23	أكرر تأكدي من الرسائل التي أبعثها عبر الهاتف قبل إرسالها.	0	1	2	3	4
24	أقضي وقتاً طويلاً في كي ملابسي.	0	1	2	3	4
25	أكرر القيام بالأعمال على الرغم من أنني متأكد أنني قمت بها بشكل صحيح.	0	1	2	3	4
26	يأخذ مني ترتيب أدواتي وكتبي المدرسية وقتاً طويلاً يوميا.	0	1	2	3	4
27	أشعر باتساخ يديّ بعد لمس النقود.	0	1	2	3	4
28	أرتدي ملابسي وأخلعها وفق تسلسل صارم.	0	1	2	3	4
29	استغرق وقتاً طويلاً في الوضوء بالرغم من تأكدي من صحته.	0	1	2	3	4
30	اغسل يديّ عدداً كبيراً من المرات.	0	1	2	3	4
31	ترد الى ذهني أفكار مزعجة ومخيفة لا أستطيع السيطرة عليها.	0	1	2	3	4
32	اشعر بالضيق إذا استخدم أحد الاشخاص فرشاة الشعر الخاصة بي.	0	1	2	3	4
33	أكرر العديد من العبارات والكلمات.	0	1	2	3	4
34	استغرق وقتاً طويلاً في تأدية كل فرض من فروض الصلاة.	0	1	2	3	4
35	أكرر أكثر من مرة غسل الخضراوات والفواكه خوفاً من أن تكون متسخة.	0	1	2	3	4
36	تراودني الشكوك في إنجازي لبعض الأعمال علي الرغم من تأكدي أني أنجزتها.	0	1	2	3	4
37	أعود إلى المنزل عدة مرات لكي أتأكد من أنني أطفأت الأنوار.	0	1	2	3	4
38	أبالغ في الاهتمام بنظافتي الشخصية.	0	1	2	3	4

39	أقوم بتكرار أرقام محددة دون معرفتي سبب ذلك.	0	1	2	3	4
40	استغرق وقتاً طويلاً للاستعداد للامتحان على الرغم من أنه لا يستحق كل ذلك الوقت.	0	1	2	3	4
41	تراودني أفكار غريبة على الرغم من تأكدي من سخافتها.	0	1	2	3	4
42	تتكرر في ذهني أفكار توجب علي تفحصها بدقة ولا أستطيع التخلص منها.	0	1	2	3	4
43	أشعر بالقرف حين أجد نفسي مضطراً أن ألمس أشياء يستعملها غيري.	0	1	2	3	4
44	اتبع طريقاً محدداً يوميا لا أغيرة عند ذهابي الى المدرسة أو أي مكان آخر.	0	1	2	3	4
45	احتاج وقتاً طويلا للقيام بأعمال كلفني بها أحد والدي.	0	1	2	3	4
46	غالباً ما أراجع المعلمين بالدرجات التي أحصل عليها في الامتحانات لاعتقادي بأنها غير صحيحة.	0	1	2	3	4
47	اشعر بالحزن دائما لوجود أفكار غير سارة تقتحم تفكيري رغما عني.	0	1	2	3	4
48	أغسل يديّ أثناء اليوم عدداً كبيراً من المرات بسبب لمسي للأشياء.	0	1	2	3	4
49	أقف أمام المرآة عدداً كبيرا من المرات للتأكد من أناقتي.	0	1	2	3	4
50	أجد صعوبة في لمس أي شيء لاعتقادي بأن أشخاصاً آخرين قد قاموا بلمسة.	0	1	2	3	4
51	احتاج الى كثير من الوقت لارتداء ملابسي.	0	1	2	3	4
52	دائما ما أتأكد من وجود جميع أدواتي المدرسية بحقيبتي بعد كل استراحة.	0	1	2	3	4

ملحق (ب)

مقياس أعراض الوسواس القهري

عزيزي الطالب: بعد التحية،،،

تتناول الفقرات التالية موضوع الوسواس القهري. أرجو أن تقرأ كل فقرة بعناية، ومن ثم تُحدّد إلى أي مدى تنطبق عليك بوضع دائرة على أحد الأرقام من 0 إلى4 .

0 = تنطبق بدرجة منخفضة جداً.

1= تنطبق بدرجة منخفضة.

2= تنطبق بدرجة متوسطة.

3= تنطبق بدرجة عالية.

4= تنطبق بدرجة عالية جداً.

الرقم	بنود المقياس	تنطبق بدرجة منخفضة جداً	تنطبق بدرجة منخفضة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة عالية	تنطبق بدرجة عالية جداً
.1	أراجع واجباتي المدرسية مرات ومرات قبل تسليمها للمعلم.	0	1	2	3	4
.2	غالباً ما أعدّ الاشياء غير الهامة مثل اعمدة الشوارع.	0	1	2	3	4
.3	استغرق وقتاً طويلا في تجهيز نفسي للذهاب إلى المدرسة.	0	1	2	3	4
.4	أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي عمل أقوم به.	0	1	2	3	4
.5	أتردد في استخدام دورات المياه حتى ولو كانت نظيفة.	0	1	2	3	4
.6	أحتاج كثيراً من الوقت لأقرر ما إذا كانت ألوان ملابسي متناسقة.	0	1	2	3	4
.7	اشك في عدد الركعات التي أؤديها ما إذا كانت صحيحة.	0	1	2	3	4

.8	أخشى ان أخطئ في اتخاذ القرارات حتى ولو كانت بسيطة.	0	1	2	3	4
.9	أقوم بغسل يديّ بعد مصافحتي لأي شخص.	0	1	2	3	4
.10	أقضــي وقتــاً طــويلاً فــي تلميــع حذائي.	0	1	2	3	4
.11	أننـــي مـــن النـــوع الـــذي يهـــتم بالتفاصيل اهتماماً مبالغاً فيه.	0	1	2	3	4
.12	اسـتغرق وقتـاً طـويلاً فـي تنظيـف أسناني.	0	1	2	3	4
.13	أنشـغل كثيـراً فـي التفكيـر بـالجراثيم والأمراض.	0	1	2	3	4
14	أقضي وقتاً طويلاً في كي ملابسي.	0	1	2	3	4
15	أكـرر القيـام بالأعمـال علـى الـرغم مـن أننـي متأكـد أننـي قمـت بهـا بشكل صحيح.	0	1	2	3	4
.16	يأخـذ منـي ترتيـب أدواتـي وكتبـي المدرسية وقتاً طويلاً يوميا.	0	1	2	3	4
.17	أشــعر باتســاخ يــديّ بعــد لمــس النقود.	0	1	2	3	4
.18	أرتـــدي ملابســـي وأخلعهـــا وفـــق تسلسل صارم.	0	1	2	3	4
.19	اسـتغرق وقتـاً طـويلاً فـي الوضـوء بالرغم من تأكدي من صحته.	0	1	2	3	4
.20	اغسل يديّ عدداً كبيراً من المرات.	0	1	2	3	4
.21	تــرد إلــى ذهنــي أفكــار مزعجــة ومخيفة لا أستطيع السيطرة عليها.	0	1	2	3	4
.22	اشــعر بالضــيق إذا اســتخدم أحــد الاشــخاص فرشــاة الشــعر الخاصــة بي.	0	1	2	3	4
.23	استغرق وقتاً طويلاً فـي تأديـة كـل فرض من فروض الصلاة.	0	1	2	3	4

.24	أكـــرر أكثـــر مـــن مـــرة غســـل الخضـراوات والفواكـه خوفـاً مـن أن تكون متسخة.	0	1	2	3	4
.25	تراودني الشكوك في إنجازي لبعض الأعمال علي الرغم من تأكدي أنـي أنجزتها.	0	1	2	3	4
.26	أعود إلـى المنـزل عدة مرات لكي أتأكد من أنني أطفأت الأنوار.	0	1	2	3	4
.27	أبـــالغ فـــي الاهتمـــام بنظـــافتي الشخصية.	0	1	2	3	4
.28	أقـوم بتكـرار أرقـام محـددة دون معرفتي سبب ذلك.	0	1	2	3	4
.29	اسـتغرق وقتـاً طـويلاً للاسـتعداد للامتحـان علـى الـرغم مـن أنـه لايستحق كل ذلك الوقت.	0	1	2	3	4
.30	تراودنـي أفكـار غريبـة علـى الـرغم من تأكدي من سخافتها.	0	1	2	3	4
.31	تتكرر في ذهنـي أفكار توجب علي تفحصها بدقة ولا أستطيع التخلص منها.	0	1	2	3	4
.32	أشعر بالقرف حين أجد نفسي مضطراً أن ألمس أشياء يستعملها غيري.	0	1	2	3	4
.33	احتـاج وقتـاً طـويلا للقيـام بأعمـال كلفني بها أحد والديّ.	0	1	2	3	4
.34	اشـعر بـالحزن دائمـا لوجـود أفكـار غيـر سـارة تقـتحم تفكيـري رغمـا عني.	0	1	2	3	4
.35	احتاج إلى كثير من الوقت لارتداء ملابسي.	0	1	2	3	4
36	دائمـا مـا أتأكـد مـن وجـود جميـع أدواتـي المدرسـية بحقيبتـي بعد كـل استراحة.	0	1	2	3	4

ملحق (ج)

مقياس شبيلبيرجر (Spielberger) لقلق كسمة

	الفقرات	مطلقًا	أحيانًا	غالبًا	دائمًا
.1	أشعر بالسرور.	1	2	3	4
.2	أتعب بسرعة.	1	2	3	4
.3	أشعر بالميل إلى البكاء.	1	2	3	4
.4	أتمنى أن أكون سعيداً مثلما يبدو لي الآخرون.	1	2	3	4
.5	أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا استطيع اتخاذ قراري بسرعة كافية.	1	2	3	4
.6	أشعر بالراحة.	1	2	3	4
.7	أنا هادئ الأعصاب.	1	2	3	4
.8	أشعر أن العقبات والصعوبات تتراكم عليّ لدرجة أنني لا استطيع التغلب عليها.	1	2	3	4
.9	أشعر بأنني أقلق بشدة على أشياء لا تستدعي حقيقة ذلك القلق.	1	2	3	4
.10	أنا سعيد.	1	2	3	4
.11	أميل إلى تصعيب الأمور (أخذها بجدية أكثر مما تستحق).	1	2	3	4
.12	ينقصني شعور الثقة بالنفس.	1	2	3	4
.13	أشعر بالأمان.	1	2	3	4
.14	أتجنب مواجهة الأزمات أو الصعوبات.	1	2	3	4
.15	أشعر بالاكتئاب.	1	2	3	4
.16	أشعر بالرضا.	1	2	3	4
.17	تجول في ذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني.	1	2	3	4
.18	عندما أفشل تسيطر عليّ حالة من خيبة الأمل.	1	2	3	4
.19	أنا شخص مستقر.	1	2	3	4
.20	تصيبني حالة من التوتر والاضطراب عندما أفكر في اهتماماتي وميولي الحالية.	1	2	3	4

ملحق (د)

برنامج الإرشادي الجمعي

الإطار النظري للبرنامج

قام الباحث بإعداد هذا البرنامج بالاستفادة مما سبق من أدب نظري ودراسات استخدمت برامج إرشادية ساعدت الأفراد على تخفيض الوساوس القهرية عندهم، بالإضافة إلى الإطلاع على دراسات الحالات المتعلقة بأفراد كان لديهم وساوس قهرية. واستخدم الباحث برنامجاً ارشادياً جمعياً لخفض اعراض الوسواس القهري، وذلك باحتوائه على مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية بالإضافة لتوظيف استراتيجية رواية القصة ضمن الجلسات الارشادية والخاصة بكل نوع من الوساوس المتعلقة بالنظافة، والشك، والبطء.

أهداف البرنامج

- **الهدف العام:**

يتمثل الهدف العام للبرنامج الحالي بخفض مستوى أعراض اضطراب الوساوس القهرية لدى أعضاء المجموعة الإرشادية وذلك من خلال تلقيهم لبرنامج ارشادي جمعي وظفت به العديد من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية بالإضافة لاستراتيجية رواية القصة.

الأهداف الخاصة:

- كل جلسة من الجلسات الإرشادية لها أهداف خاصة بها.

جلسات البرنامج

يتكون هذا البرنامج من (12) جلسه مدة الجلسة الواحدة (60) دقيقة.

الجلسة الأولى (التمهيدية)

اليوم............ **التاريخ** ....

وصف الجلسة :

إجراء تعارف بين أعضاء المجموعة الإرشادية وبناء الثقة والتعريف بالبرنامج الإرشادي والتأكيد على القواعد والتعليمات الخاصة بالبرنامج.

الأهداف:

1. التعارف بين أفراد المجموعة الإرشادية وبناء الألفة والثقة بين جميع المشاركين.
2. التعرف على القواعد العامة المتعلقة بالجلسات الإرشادية .
3. تعريف المجموعة الإرشادية بالأهداف العامة للبرنامج الإرشادي.
4. التعرف على توقعات الأعضاء من البرنامج الإرشادي.
5. بيان أهمية البرنامج العلاجي في مساعدة المشاركين في خفض درجة وساوسهم القهرية.

الأدوات:

- البوربوينت.
- كرة الغزل.

الأساليب والإجراءات:

- يقوم المرشد بالترحيب بأعضاء المجموعة معرفاً بنفسه وطبيعة عمله، ثم يطلب من الأعضاء أن يعّرف كل واحد بنفسه وذلك بعمل نشاط جماعي يسمى (كرة الغزل)، إذ يطلب من أعضاء المجموعة الإرشادية أن يجلسوا بشكل دائري ثم يوضح المرشد بعدها أهمية

التعارف بين الأعضاء، وأهمية المحافظة على المعلومات التى يبوح بها الأعضاء. بعدها يتم اعطاء كرة الغزل لأحد الأعضاء بشكل عشوائي، اذ يطلب منه أن يعّرف بنفسه لمدة دقيقتين، وبعد الانتهاء يعطيها لعضو آخر على أن يبقى طرف الخيط معه، فبعد الانتهاء يصبح شكل المجموعة شبيه ببيت العنكبوت المتناسق. ويؤكد المرشد بعدها على التقبل والاحترام المتبادل والتعاون بين أعضاء المجموعة.

- التعريف بالبرنامج، حيث يقوم المرشد بإعطاء الأعضاء فكرة شاملة عن البرنامج الإرشادي، وذلك بالتوضيح لهم بأنه يتكون من (12) جلسة إرشاديه مدة الجلسة الواحدة (60) دقيقة بواقع جلستين أسبوعياً، والمشاركة فيه طوعية، وأنّ المجموعة من النوع المغلق إذ لا يسمح لدخول أعضاء جدد فيها، وأنّ الهدف الأساسي للمجموعة هو مساعدة المشاركين على خفض درجة الوسواس القهري الذي يعانون منه، وذلك من خلال رواية مجموعة من القصص العلاجية ذات العلاقة بوساوسهم القهرية. إذ سيتم التعرف على العديد من الاستراتيجيات الإرشادية التي استخدمت وذلك بهدف مساعدتهم في خفض درجة الوساوس القهرية لديهم، وتحقيق درجة أفضل من التكيف النفسي.
- يقوم المرشد بالتأكيد على قواعد البرنامج الإرشادي وهي:

1. السّرية التامة لما يدلى من معلومات خلال جلسات البرنامج.
3. يسمح بتبادل الخبرات والتجارب مابين الأعضاء وذلك أثناء الجلسات الإرشادية.
4. التزام الأعضاء بحضور الجلسات بالموعد المتفق علية .
5. التزام أعضاء المجموعة بأداء الواجبات البيتية التي سيكلفهم بها المرشد.
6. التعاون والاحترام بين أعضاء المجموعة.

الواجب البيتي :

تكليف أعضاء المجموعة بكتابة صفحة واحدة تشمل توقعاتهم وأهدافهم من البرنامج الإرشادي.

التلخيص والإنهاء:

يقوم المرشد بتلخيص الجلسة وتقديم الشكر للأعضاء المشاركين على ما بذلوه من جهد والاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية

اليوم......... **التاريخ............**

وصف الجلسة:

الوسواس القهري تعريفه، وأسبابه، وأعراضه، وآثاره المختلفة.

الأهداف:

1. أن يتم مناقشة الواجب البيتي المشتمل على توقعات وأهداف الأعضاء المشاركين.
2. أن يتعرف أعضاء المجموعة على تعريفات الوسواس القهري.
3. أن يتعرف أعضاء المجموعة على أعراض الوسواس القهري المختلفة.
4. أن يتعرف أعضاء المجموعة على أسباب الوسواس القهري المختلفة.
5. أن يتعرف أعضاء المجموعة على أهم الآثار المترتبة على الوسواس القهري وخاصة الأكاديمية منها.

الأدوات:

- البوربوينت.
- لوح ورقي قلاب.
- الواجب البيتي.

الأساليب والإجراءات:

- ببداية الجلسة يقوم المرشد بالترحيب بأعضاء المجموعة وتلخيص أهم النقاط التي تم تناولها خلال الجلسة السابقة.
- يقوم المرشد بمناقشة الأعضاء بالواجب البيتي المتعلق بتوقعاتهم وأهدافها من البرنامج ودورهم فيه، إذ يقوم المرشد بتحديد كافة التوقعات السلبية ويستبدلها بأخرى إيجابية مؤكداً على الإيجابية منها.

- باستخدام أسلوب الحوار يقوم المرشد بعمل نقاش جماعي مع الأعضاء، وذلك بتوضيح شامل لمفهوم الوسواس القهري مشيرا لأهم التعريفات وعرضها على تطبيق البوربوينت.
- باستخدام أسلوب الحوار يقوم المرشد بعمل نقاش جماعي مع أعضاء المجموعة لتوضيح كافة الأعراض المشتمل عليها الوسواس القهري وعرضها على تطبيق البوربوينت.
- باستخدام أسلوب الحوار يقوم المرشد بعمل نقاش جماعي مع أعضاء المجموعة لتوضيح كافة أسباب الوسواس القهري (الوراثية والبيولوجية، البيئة) وعرضها على تطبيق البوربوينت.
- باستخدام أسلوب الحوار يقوم المرشد بعمل نقاش جماعي مع أعضاء المجموعة لتوضيح كافة الآثار المترتبة على الوسواس القهري النفسية، الاجتماعية، المهنية والأكاديمية وعرضها على تطبيق البوربوينت.

واجب بيتي:

تكليف أعضاء المجموعة بكتابة أهم أعراض الوسواس القهري عندهم الأفكار والأفعال والتي يعانون منها مع ذكر ما هي مسبباتها حسب وجهة نظرهم وتحديد أهم الطرق التي استخدموها للتخلص من تلك الوساوس وذلك حسب الجدول التالي:

الأعراض حسب شدتها	عدد مرات حدوثها	أسباب حدوثها حسب وجهة نظرك	الطرق المستخدمة من قبلك للتغلب عليها

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص ما دار خلال الجلسة وشكر الأعضاء على ما قدموه يتم بعدها التوضيح لهم بأنّ الجلسة القادمة سيتم رواية أولى القصص العلاجية الخاصة بالبرنامج يتم بعدها الاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة

اليـوم......... **التـاريخ...........**

وصف الجلسة:

توضيح وتطبيق استراتيجية الاسترخاء العضلي واستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة مع رواية قصة بعنوان "**أحمد النظيف**" تتعلق بوسواس النظافة.

الأهداف:

- مناقشة الواجب البيتي المشتمل على أهم أعراض الوسواس القهري لديه وأسبابه وآثاره المختلفة، وخاصة الأكاديمية منها.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة من خلال القصة على الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على الآثار السلبية المترتبة على الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على إستراتيجية الاسترخاء وآثارها في خفض الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على إستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة وآثارها في خفض الأفعال القهرية المتعلقة بوسواس النظافة.

الأدوات:

- الحوار والنقاش.
- القصة مطبوعة.

الأساليب والإجراءات:

- يقوم المرشد ببداية الجلسة بالترحيب بأعضاء المجموعة وتلخيص أهم النقاط التي تم مناقشتها في الجلسة السابقة بعدها يتم مناقشة الواجب البيتي معهم ومساعدتهم على تحديد ترتيب الأعراض والآثار والأسباب حسب شدتها لزيادة الاستبصار لدى الأعضاء.
- يقوم المرشد بتوزيع قصة "**أحمد النظيف**" مطبوعة على أعضاء المجموعة ويطلب منهم قراءة القصة قراءة صامتة لمدة (10) دقائق.
- يدير المرشد مع أعضاء المجموعة نقاشاً حول الأفعال والسلوكيات القهرية المتعلقة بالنظافة والواردة في القصة.
- يدير المرشد نقاشاً حول أهم الآثار والسلبيات التي ترتبت على تلك الأفعال، والسلوكيات القهرية.
- يقوم المرشد باستخدام أسلوب الشرح والتوضيح بالحديث عن إستراتيجية الاسترخاء كأحد الأساليب السلوكية في علاج الوسواس القهري موضحا كيف استخدمه المعالج خطوة بخطوة لخفض الأفعال القهرية.
- يقوم المرشد باستخدام أسلوب الشرح والتوضيح بالحديث عن إستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة كأحد أهم الأساليب السلوكية في علاج الوسواس القهري موضحاً كيفية استخدمها لخفض الأفعال القهرية.
- يقوم المرشد برواية القصة بلغة مبسطة يفهمها أعضاء المجموعة موضحاً أهم السلوكيات والأفعال القهرية الواردة بالقصة.

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص ما دار خلال الجلسة وتقديم الشكر للأعضاء على ما قدموه، يتم بعدها على موعد الجلسة القادمة.

قصة أحمد النظيف

أحمد طالب في الصف التاسع الأساسي يعيش في أسرة مكونة من والديه وأخوين وأختين، يعمل والده ضابطا بالجيش ووالدته ربة منزل، وهو الطفل الأصغر بين أخوته تسود الأسرة علاقات طبيعية، يحظى احمد باهتمام كبير إذ أنه المدلل كونه الأصغر، في بعض الأحيان تقع عليه بعض العقوبات لكثرة مخالفاته السلوكية داخل المنزل. بالنسبة لحياة أحمد الدراسية كانت عادية في جميع السنوات، ولكن كان يعاني من صعوبات في أغلب المواد الدراسية كان أحمد مقبولا من قبل معلميه ومقبولا أيضا بين زملائه وعندما كان في الصفوف الأولى كان يُنفذ جميع تعليمات والديه بحذافيرها.

وقد لوحظ على أحمد خلال الشهرين الماضيين أنه يقوم بتكرار غسله يديه خاصة عند خروجه من دورة المياه أو عند لمسة لأي شيء يعتقد أنه متسخ أو عند قيامة بمصافحة أحد الأشخاص، فقد كان يستهلك كمية كبيرة من سائل تنظيف الأيدي ويكرر غسل يديه قرابة المائة مرة تقريبا، ودائما يحمل معقم اليدين معه في أي مكان يذهب إليه كالمدرسة أو عند ذهابه لزيارة ما. فقد لاحظت والدته علية هذه الأفعال وعند سؤالها إياه عن سبب ذلك، كان يقول هنالك جراثيم يجب إزالتها ويقول أمي لا تحرجيني أمام أبي وأخواني فهذا فعل خارج عن إرادتي.

يذكر أحمد بأنه لا يستخدم حمامات المدرسة حتى ولو كان مضطراً لذلك ولا يصافح أي من زملائه حتى المقربين منه خوفا من الجراثيم، وإن أضطر لذلك يغسل يديه مباشرة حوالي عشرين مرة ومن ثم يستخدم المعقم الخاص الذي يحمله دوماً حتى إنه خصص جزءاً من مصروفه اليومي لشراء أدوات تنظيف أهمها السائل المعقم والمناديل المعقمة. يذكر أحمد بأنّ هذا أثّر على علاقاته سلباً سواء في البيت أم في المدرسة فقد ساءت علاقاته بإخوانه وأصبح يشعر بالحرج والخزي من والدته ووالده، أمّا في المدرسة أصبح يطلق علية لقب "**النظيف**" مما أدى إلى انخفاض تحصيله الأكاديمي. ويشعر أحمد الآن باليأس والإحباط والاكتئاب لا يرغب بالذهاب للمدرسة يحب البقاء وحيداً أحمد يرغب بالتخلص مما يعاني منه، راجع المعالج النفسي واستخدم معه بعض الاستراتيجيات الإرشادية العلاجية بداية تم الترحيب بأحمد من قبل المعالج فقد تم التعرف على

الوساوس والأفعال القهرية التي تركزت بشكل أساسي على النظافة إذ أوضح للمعالج معاناته داخل المنزل والمدرسة إذ خسر كثيراً من أصحابه وتدنى تحصيله الأكاديمي إضافة للإحراج الذي يشعر به جراء قيامة بمثل هذه الأفعال أو لوجود أفكار تتركز بأنه لن يشعر بالراحة ما لم يقم بمثل هذه السلوكيات، فقام المعالج بعكس مشاعر أحمد وبعدها قام بتكليف أحمد بعمل قائمة تحوي أهم الأفعال والأفكار الوسواسية وعدد مرات حدوثها بعدها قام المعالج في الجلسة الثانية بشرح فنية الاسترخاء العضلي والعقلي له بعدها تم تطبيقها بشكل عملي، ثم تم الشرح له عن أهم استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي (فنية التعريض ومنع الاستجابة) تم تكليف أحمد بعدها بتطبيق فنية الاسترخاء العضلي عند شعوره بالضيق والكرب جراء عدم قيامه بالأفعال القهرية، وفي الجلسة الثالثة تم إعادة شرح فنية التعريض التخيلي ومنع الاستجابة لأحمد بعدها تم تطبيق هذه الفنية بشكل تخيلي وكانت على النحو الآتي:

1- تخيل يا أحمد أنك تضع يديك تحت حذائك أعرف انه شيء مقرف ومزعج بالنسبة لك لكن قاوم .

2- الآن يا أحمد انظر إلى يديك.

3- لا تقم بغسلها أقل لك لا تقم بغسلها آمرك يا أحمد بذلك انظر إلى يديك لمدة عشرة دقائق.

أحمد حدد كمية مقبولة من الماء وسائل اليدين اغسل يديك الآن بصورة عادية.

أحمد الآن سنقوم بتكرار ذلك عدة مرات.

في النهاية تم إبلاغ أحمد بأنّه سيتم تطبيق هذه الفنية بشكل حقيقي ففي الجلسة التالية تم تطبيقها بشكل حي وكانت كالآتي:

1- أحمد ضع يديك تحت حذائك أعرف أن ما تفعله يا أحمد مقرف جدا ويشعرك بالضيق ولكن ضعهما.

2- انظر يا أحمد أن يديك متسخة جداً.

3- لا تقم بغسل يديك لا تذهب للمغسلة لغسلها لا تحاول إخراج أي معقم أو مناديل أبق على ما أنت علية لمدة (20) دقيقة.

4- أذهب الآن للمغسلة واغسل يديك بكمية قليلة من الماء لوحظ قيام أحمد بغسل يديه بكمية عادية من الماء والسائل اليدين .

5- ماذا تشعر الآن يا أحمد؟ اشعر بالراحة الآن.

قام المعالج بالطلب من أحمد ضرورة تكرار استخدام عبارات يقوم بترديدها كجزء من حديث الذات الايجابي مثل: أنا أقوى من هذه الأفكار والأفعال القهرية، سأتغلب عليها.

الجلسة الرابعة:

اليــوم......... **التــاريخ............**

وصف الجلسة:

توضيح وتطبيق استراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي وفنية وقف الأفكار ورواية قصة بعنوان "**التاجر الحريص**" والمتعلقة بوسواس الشك بالأفعال.

الأهداف:

- أن يتعرف أعضاء المجموعة على الأفعال القهرية المتعلقة بوساوس الشك.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على الآثار السلبية المترتبة على الأفعال القهرية المتعلقة بوساوس الشك.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على أهم الاستراتيجيات المعرفية وهي تحديد الأفكار الخاطئة واستبدالها بأخرى صحيحة، وفعاليتها في خفض الأفعال القهرية المتعلقة بوساوس الشك.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على إستراتيجية معرفية أخرى وهي فنية وقف الأفكار وآثارها في خفض الأفعال القهرية المتعلقة ببعد الشك.

الأدوات:

- القصة مطبوعة.

الأساليب والإجراءات:

- الترحيب بأعضاء المجموعة بعدها يقوم المرشد بتلخيص بإيجاز عن أهم الاستراتيجيات العلاجية التي تم توضيحها في الجلسة السابقة وكان لها الأثر في خفض الوسواس القهري.

- يقوم المرشد برواية القصة بلغة مبسطة تناسب أعضاء المجموعة موضحاً أهم السلوكيات والأفعال القهرية الواردة بالقصة، والمتعلقة بوسواس الشك.
- يدير المرشد مع أعضاء المجموعة نقاشاً حول الأفعال والسلوكيات القهرية المتعلقة بالشك.
- يدير المرشد نقاشاً حول الآثار والنتائج السلبية التي ترتبت على تلك الأفعال السلوكيات القهرية.
- يقوم المرشد باستخدام أسلوب الشرح والتوضيح وذلك بالحديث عن العلاج العقلاني الانفعالي لخفض أعراض الأفعال القهرية المتعلقة بوسواس الشك.
- يقوم المرشد باستخدام أسلوب الشرح والتوضيح، بتناول إستراتيجية وقف الأفكار في علاج الوسواس القهري موضحا كيف استخدمها المعالج لخفض الأفعال القهرية.

- يقوم المرشد برواية القصة بلغة مبسطة يفهمها أعضاء المجموعة موضحاً أهم السلوكيات والأفعال القهرية الواردة بالقصة.

الواجب البيتي:

يطلب المرشد من الأعضاء تلخيص قصة التاجر الحريص مع توضيحهم لواحد من الأساليب التي استخدمها المعالج معه وذلك بشكل موجز.

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص الجلسة وشكر الأعضاء على ما بذلوه من جهود والاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

قصة التاجر الحريص

عادل يبلغ من العمر اثنين وعشرين عاما، يعمل في التجارة متزوج ولديه طفلان. يعاني عادل من مشكلة الشك الوسواسي، فهو دائما ما يقوم بعد النقود الخاصة بتجارته حوالي عشرين مرة، على الرغم من تأكده بأنها صحيحة، ويقوم بتكرار إغلاق الأبواب والنوافذ الخاصة بمحلة التجاري فدائما ما يرجع لمحله في منتصف الليل للتأكد من أنه أقفل جميع الأبواب بالأقفال المخصصة لذلك، ويقوم بتكرار التأكد أيضا من إغلاق الأبواب والنوافذ ومن إغلاق مفاتيح الغاز في منزلة، إذ يقوم بالتأكد منها عدة مرات حوالي العشرة مرات عند خروجه من المنزل لخوفه أن يسرق منزلة أو يحترق، فعادة ما يرجع من نصف الطريق للتأكد بنفسه منها ويقوم بالاتصال مع زوجته في اليوم حوالي العشرين مرة يأمرها بأن تتأكد من إغلاق الأبواب والنوافذ.

وقد لاحظ عادل وزوجته بأنّ هذه الأفعال والأفكار القهرية ازدادت بشكل كبير في الشهر الماضي حتى أنّ عادل أصبح يرجع إلى البيت بنفسه حوالي ثلاث مرات في اليوم للتأكد من الأبواب والنوافذ ومفاتيح الغاز والكهرباء، ويرجع لمحله كل يوم للتأكد من إحكام إغلاقه، فأصبح الزوج يشعر بالحرج والخجل الشديدين من زوجته وأولاده وحتّى شركائه في العمل، فقام بمراجعة المعالج النفسي إذ قدم له بعض الاستراتيجيات المناسبة، بداية قام المعالج بالإصغاء الفعال لعادل، بعدها تم تدريب عادل على مهارات الاسترخاء العضلي والعقلي فقد تم تطبيقها داخل غرفة المعالج، فكان لها فائدة كبيرة.

وبعدها قام المعالج بإعطاء عادل واجب منزلي يتمثل بتطبيق فنية الاسترخاء العضلي عن شعوره بالقلق من جراء هذه الأفكار والأفعال القهرية، وفي الجلسة التالية تم تحديد أهم الأفكار والاعتقادات الخاطئة التى كانت موجودة لدى عادل حيث تم عمل جدول بأهم الأفكار بمساعدة المعالج، إذ تم العمل على تفنيدها واستبدالها بأفكار منطقية إيجابية، وكانت على النحو الآتي:

الفكرة الخاطئة الأولى التي كانت عنده "يجب أن أقوم بعد النقود عشرين مرة يوميا" تم استبدالها بفكرة عقلانية وهي يجب عليّ أن أعد النقود مرة واحدة أو مرتين كحد أعلى وتسجيل المبلغ في الدفتر الخاص بتجارتي. أما الفكرة الخاطئة الثانية عنده فكانت "يجب عليّ التأكد من جميع أبواب ونوافذ متجري عشرة مرات لخوفي أن يُسرق" تم استبدالها بفكرة عقلانية وهي يجب علي التأكد مرة واحدة من أبواب ونوافذ متجري فما أفعله غير صحيح. أما الفكرة الخاطئة الثالثة فكانت "يجب علي أنّ أتأكد من جميع أبواب ونوافذ منزلي عشرة مرات خوفاً من أن يُسرق"، تم استبدالها بفكرة عقلانية وهي هذه الفكرة سوف تهدر وقتي فلا داعي لها فزوجتي موجودة في المنزل، أما الفكرة الخاطئة الرابعة فكانت "يجب عليّ التأكد من جميع مفاتيح الغاز والكهرباء عشرة مرات قبل خروجي من المنزل خوفا من أن يحترق"، تم استبدالها بفكرة عقلانية وهي أنّ التعب والإحباط والضيق الذي ينتابني جراء قيامي بتكرار هذه الأفعال أصعب بكثير من أي شيء ممكن أن يحدث لمنزلي فلا داعي لمثل هذه الأفكار.

بعد ذلك قام المعالج باستخدام إستراتجية تُعرف بإستراتيجية وقف الأفكار، فقد قام المعالج بالطلب من عادل بتكرار كل فكرة بشكل منفرد عشرة مرات، إذ طلب منة المعالج أن يغلق عينيه أثناء قيامة بترديد الفكرة الوسواسية، بعدها رد عليه المعالج وبصوت مرتفع أوقف هذه الفكرة الآن توقف عن التفكير بها، إذ قام عادل بمساعدة المعالج بتكرار مثل هذه العملية ولجميع الأفكار الوسواسية لعدة مرات، بعدها قام المعالج بالطلب من عادل باستخدام هذه الفنية عندما تأتيه مثل هذه الأفكار باستخدام عبارات أوقف هذه الأفكار وبصوت عالٍ أو باستبدالها بأفكار أخرى محببة له. وفي الجلسة التالية قام المعالج بالتوضيح لعادل أنه سيتم استخدام إستراتيجية المراقبة الذاتية، فعلى عادل أن يقوم بعمل جدول مقسم لثلاثة أعمدة في العمود الأول يسجل فيه الفكرة الوسواسية التي تخطر بباله، وفي العمود الثاني يسجل عدد مرات حدوثها، وفي نهاية كل يوم يقوم بجمع عدد

مرات ظهور الفكرة ولصق الجدول في مكان بارز ولتكن خزانة الملابس مثلاً ولمدة أسبوع كامل، حيث قام عادل بمقارنة عدد مرات ظهور الفكرة فقد اختفت بعض الأفكار في نهاية الأسبوع وذلك لإدراك عادل بأنّ قيامة بذلك يشكل إهداراً لوقته وجهده، فأصبح يقلل من اهتمامه بأفكاره وأفعاله القهرية، ويوجه اهتمامه نحو رعاية أسرته وعمله.

الجلسة الخامسة

اليوم......... **التاريخ............**

وصف الجلسة:

توضيح وتطبيق استراتيجية التعريض ومنع الاستجابة مع رواية قصة بعنوان بعنوان "**المراهق الأنيق**" والمتعلقة بوسواس البطء في الأفعال.

الأهداف:

- أن يستعرض أعضاء المجموعة الواجب البيتي ليتم مناقشته بشكل جماعي.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على أهم السلوكيات القهرية المتعلقة بالبطء.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على الآثار المتعددة المترتبة على السلوكيات القهرية المتعلقة بالبطء وخاصة المهنية.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة إستراتيجية التعريض، ومنع الاستجابة، وأثرها في خفض الأفكار القهرية المتعلقة بالبطء.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على أهمية إشراك الأسرة في العملية العلاجية.

الأدوات:

- القصة مطبوعة.
- ورق A4 وأقلام.
- لوح ورقي قلاب.
- العمل في مجموعات.
- البوربوينت.

- نشرة ارشادية.

الأساليب والإجراءات:

- يقوم المرشد بدايةً بالترحيب بأعضاء المجموعة، بعدها يقوم المرشد بالطلب من الأعضاء بعرض الواجب البيتي بعنوان "تلخيص قصة التاجر الحريص مع شرح لواحد من الأساليب التي استخدمها معه المعالج"؛ وذلك للتأكد من إلمام أعضاء المجموعة بواحد من الأساليب العلاجية على الأقل وكيفية تطبيقها؛ إذ يتم مناقشتها بشكل جماعي يتم خلالها الاستماع لتعليقات الأعضاء وملاحظاتهم.
- يقوم المرشد بالشرح والتوضيح عن استراتيجية التعريض المباشر ومنع الاستجابة في خفض الوسواس القهري موضحاً كيفية تطبيقها وأثارها في خفض الوساوس القهرية المتعلقة بالبطء.
- يقوم المرشد بعرض أهمية الأسرة في علاج ممن لديهم وساوس قهرية ودورهم فيه، وذلك بشكل نقاط يتم عرضها على برمجية البوربوينت بعدها يدير المرشد نقاش مع أعضاء المجموعة حول الموضوع مصغياً بعدها لأرائهم وتعليقاتهم حوله.
- بعدها يقوم المرشد بتوزيع نشرة للأعضاء بعنوان أهمية الأسرة في علاج ممن يعاني من الوسواس القهري.
- يقوم المرشد بتوزيع قصة "**المراهق الأنيق**" مطبوعة على أعضاء المجموعة، يطلب منهم قراءتها لمدة (10) دقائق قراءة صامتة.
- **نشاط جماعي:** يقوم المرشد بتوزيع أعضاء المجموعة لثلاث مجموعات، وتحديد أحد الأعضاء كناطق باسم المجموعة. يقوم المرشد بعدها بالطلب من المجموعات أن يذكروا أهم الأفعال والسلوكيات القهرية الواردة في القصة وأهم الآثار المترتبة على تلك

الأفعال، وذلك بشكل جماعي لمدة 10 دقائق يطلب المرشد بعدها من الناطق باسم المجموعة أن يعرض ما تم كتابته أمام المجموعات الأخرى. يقوم المرشد بعدها بعمل نقاش وأخذ الملاحظات من كافة الأعضاء وتقديم التغذية الراجعة المناسبة وهكذا لباقي المجموعات.

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص الجلسة وشكر الأعضاء على ما قدموه من مشاركة والاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

قصة المراهق الأنيق

خالد شاب يبلغ من العمر سبعة عشر عاما، يعمل الآن في إحدى المطاعم بعد انقطاعه عن الدراسة، يشكو خالد أنّه خلال الثلاثة أشهر الماضية كان يستغرق حوالي الساعتين في الاستحمام لكي يتأكد أنّ الصابون والماء قد وصلا لكافة أنحاء جسمه، إذ يقوم بغسل كل عضو من أعضاء جسمه حوالي ست مرات وإذا أخطأ في العد يقوم بتكرار ذلك مرات ومرات. يقول خالد أنّه يتبع في غسيل جسمه نظاماً محدداً لا يغيره أبداً وكلما حاولت والدته الطلب منه أن يسرع يزداد بطئاً ويستغرق وقتا أكثر من قبل، ويذكر خالد أيضا أنّه يعاني عند قيامة بارتداء ثيابه بإتباع ترتيب محدد ويجب أن تكون ألوان الملابس متناسقه، بالإضافة إلى انه يلمع حذاءه عدة مرات عند خروجه من المنزل، فهو دائما ما يستيقظ قبل موعد عمله بحوالي ثلاث ساعات تقريبا ودائما ما يتأخر عن عمله. أصبح يشعر بالضيق إذ يشعر بأنّ ما يجرى له غير طبيعي وسلوكياته زائدة عن حدها، وأصبح مهددا بأن يُفصل من العمل لأنه دائم التأخر، بالإضافة إلى الإحراج الشديد الذي يشعر به فقد أصيب أيضا ببعض الالتهابات الجلدية، على الرغم من أنّ صحته جيدة ولا توجد عنده أيه أمراض جسمية.

قام خالد بمراجعة المعالج النفسي وقدّم له مجموعة من الاستراتيجيات العلاجية الإرشادية التي كانت كالتالي:

1- بداية تم عمل جدول بأهم الأفعال الوسواسية من الأقل شدة إلى الأكثر شدة، إذ كان تلميعه لحذائه عند اتساخه أقلها شدة، ثم تلاه قيامة بارتداء ملابسه دون نظام محدد، تلاه قيامه بالاستحمام السريع دون ترتيب ونظام محددين.

فيما يتعلق بالفعل القهري الأول: تم إخبار خالد أن علية عدم تلميع حذائه عندما يقوم بارتدائه، وعدم تكرار تلميعه لمدة ثلاثة أيام بعدها يقوم بتلميعه إنّ كان متسخا ولمرة واحدة فقط، بعدها يتوقف عن تلميعه لحذائه لمدة ست أيام بعدها أشار خالد أنّ درجة الضيق والقلق قد ارتفع بداية لدية، ولكن عندما تعود على منع استجابته (أي القيام بتكرار تلميع الحذاء) بدأت درجة القلق بالتناقص حتى وصلت أدنى مستوياتها.

أمّا الفعل القهري الثاني الخاص بارتداء الملابس وفق تسلسل، فقد تم التأكيد لخالد بعدم الالتزام بالترتيب في ارتداء ملابسه لمدة أسبوع، وإجبار نفسه على عدم النظر في المرآة قبل خروجه من المنزل، والخروج فورا بعد ارتداء الملابس، ازدادت درجة القلق عند خالد في الأيام الاولى، ولكن في نهاية الأسبوع بدأ القلق بالتناقص حتى وصل لأدنى درجاته.

أمّا فيما يتعلق بالفعل القهري المتعلق بقضاء ساعتين في الاستحمام، فقد تم استخدام ساعة توقيت وبمساعدة والده خالد تم الاتفاق على أنّ يتم التقليل من فترة الاستحمام بواقع عشر دقائق في كل مرة، والعمل على تقليل الأفعال القهرية المرافقة للاستحمام. تم إبلاغ خالد بأنّه بداية سوف يشعر بنوع من القلق الشديد والضيق أيضا، ولكن هذه المرحلة ستكون لفترة محددة بعد تكرار العلاج عدة مرات، وتم إخبار خالد أن يقوم باستخدام الماء والصابون فقط، وعدم استخدام شيئا آخر ولمرة واحدة فقط، وأن لا يقوم بالعد عند تنظيف أجزاء جسمه ففي الأسبوع الأول قام خالد بالاستحمام إذ

تم الإنقاص من الفترة المحددة للاستحمام بواقع عشر دقائق في كل مرة بمساعدة والدته، بالإضافة لقيامة بغسل جميع أجزاء جسمه وعدم العد أثناء قيامة بذلك. عندما بدأ خالد بتطبيق الإستراتيجية انتابت خالد مشاعر الضيق والقلق ولكن بدأت بالتناقص في كل مرة عن المرة التي سبقتها. ففي نهاية الأسبوع الأول تم إنقاص المدة ساعة كاملة، بالإضافة لقيام خالد بغسل جسمه مرتين فقط بعدما كان يكررها ست مرات، وفي الأسبوع الثاني تم تغيير البرنامج إذ تم إنقاص مدة الاستحمام خمس دقائق فقط مع إخبار خالد بضرورة قيامه بتكرار غسل أجزاء جسمه مرتين فقط، وإجبار نفسه على الامتناع عن العد.

ذكر خالد أنه في الأسبوع الثالث قد طلب من والدته ضبط المنبه عند دخوله للاستحمام، حيث كانت المدة (26) دقيقة من لحظة دخوله للحظة خروجه، بالإضافة إلى قيامه أثناء الاستحمام بغسل بعض الأجزاء مرة واحدة فقط وبعضها مرتين كحد أقصى، إذ أصبح خالد الآن يشعر بالراحة والسعادة الغامرتين، ويصحو قبل ساعة فقط يستحم ويرتدي ملابسة ضمن الوقت الطبيعي، ويصل لعملة في الوقت المحدد.

الجلسة السادسة

اليوم............ **التاريخ ....**

وصف الجلسة:

توضيح وتطبيق استراتيجية التعريض التخيلي (بالكتابة والتسجيل الصوتي) مع رواية قصة بعنوان "**الرجل الخائف**" والمتعلقة بوسواس النظافة.

الأهداف:

- أن يتعرف أعضاء المجموعة من خلال القصة على أهم الأفكار القهرية المتعلقة بالنظافة.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على الآثار السلبية وخاصة الاجتماعية المترتبة على الأفكار القهرية المتعلقة بالنظافة.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على إستراتيجية التعريض التخيلي (بالكتابة والتسجيل الصوتي) وفعاليتها في خفض الأفكار القهرية المتعلقة بالنظافة.

الأدوات:

- القصة مطبوعة.
- لوح ورقي قلاب.
- أقلام.

الأساليب والإجراءات:

- الترحيب بأعضاء المجموعة، بعدها يقوم بتلخيص ما دار خلال الجلسة السابقة مع تذكير الأعضاء بأهمية الأساليب العلاجية التي استخدمها والحديث عنها.

- يقوم المرشد باستخدام أسلوب الشرح والتوضيح باستعراض إستراتيجية التعريض باستخدام الكتابة، والتسجيل الصوتي ودورها في خفض الأفكار القهرية المتعلقة بالنظافة موضحاً كيفية توظّيفها باستخدام اللوح الورقي الموجود.
- يقوم المرشد بتوزيع قصة "**الرجل الخائف**" مطبوعة على أعضاء المجموعة يطلب منهم قراءتها قراءة صامتة لمدة (10) دقائق.
- يقوم المرشد برواية القصة بلغة مبسطة يفهمها أعضاء المجموعة مستخدماً أسلوب الشرح والنقاش بالحديث بالتفصيل عن آثار الوساوس المتعلقة في النظافة وذلك بتصنيفها تحت آثار شخصية واجتماعية وأسرية وأخذ تعليقات الأعضاء عليها.

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص أهم نقاط الجلسة وشكر الأعضاء على جهودهم والاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

قصة الرجل الخائف

عبدالله عمره ثلاثة وعشرين عاماً يعاني منذ حوالي السنة من الخوف من الجراثيم والأمراض والميكروبات، ويخاف على زوجته وأولاده من أن تنتقل لهم هذه المواد الملوثة وتتسبب في موتهم. فهو يغسل يديه أكثر من أربعين مرة في اليوم ولا يلمس أي شيء مهما كان، له كرسي في المنزل ممنوع على زوجته وأولاده الجلوس عليه، وحدد لنفسه كوبا وشوكة وسكينة وطبق لا يلمسه أحد سواء زوجته أو أولاده خوفا عليهم، يقوم بغلي الماء خوفاً من أن يكون الماء ملوثاً، لا يأكل في المطاعم مطلقا خوفاً من أن تكون أيدي العمال ملوثة. رفض عبدالله بداية مراجعة المعالج النفسي، وقد كلفه هذا جهدا كبيرا، وبعد إلحاح من الزوجة وشعور الزوج أنّ الوضع لا يطاق قام بمراجعة المعالج النفسي.

حاول المعالج في البداية إقناع عبدالله أنّ انتقال الأمراض من الصعب أن يحدث له ولأولاده وزوجته، بعدها تم تحديد أهم المعتقدات الخاطئة التي كانت لدى عبدالله والتي تركزت على أن يقوم بمثل هذه السلوكيات خوفا على زوجته وأولاده.

بعد ذلك تم عمل قائمة لأهم الأشياء إذ تم عمل برنامج يومي لتعويده على لمس الأشياء وعدم غسل يديه بعد لمسها.

1. التعريض التخيلي: هدفه تغيير الأفكار الخاطئة التي لدى عبدالله التي تتمثل بأنه "عليّ الاستمرار بمثل هذه السلوكيات لكي لا يصاب أولادي وزوجتي بأي مكروه".

2. يتم تخيل الأفكار المزعجة ويطلب منه الاحتفاظ بها حتى يتعود عليها ويبدأ بعدها القلق بالتناقص فبناءً علية يتعلم عبدالله قبول الأفكار دون شعوره بالإزعاج والضيق .

3. يتم كتابة الأفكار والمخاوف والمواقف المزعجة التي كانت تدفع عبدالله للقيام بمثل هذه الأفعال القهرية غسل اليدين وغسل الخضراوات بشكل متكرر، وذلك عن طريق تكليفه بكتابة قصة يتخيل فيها أولاده وزوجته قد انتقلت إليهم الأمراض بسبب إهماله في غسيل يديه، ويوضح فيها معاناته وأنّه يُحمل نفسة المسؤولية، فقد طلب منه تسجيل القصة على شريط كاسيت أو حتى مسجل الهاتف، وتكرار سماع القصة مرتين يوميا.

بداية الأمر لوحظ أنّ قلق عبدالله قد ارتفع وبعد سماعة للقصة للمرة الخامسة أي في اليوم الثالث، لوحظ أنّ قلق عبدالله قد انخفض وأصبح يفكر بشكل منطقي إذ تأكد أنّه من المستحيل حدوث مثل هذا نتيجة عدم قيامه بغسل يديه فقد استبدل الفكرة الوسواسية الخاطئة التي سيطرت عليه بأخرى صحيحة، إذ كان يطلب منه لمس الأشياء التي يشعر بأنها ملوثة وتؤدي لنقل الأمراض مثل: مقابض الأبواب أو مفاتيح الأبواب أو الخضراوات والفواكه أو الهاتف أو استعمال المياه دون غليها، إذ كان يطلب منه عدم غسل يديه بداية لمدة عشر دقائق والسماح بعدها بغسل

يديه مرة واحدة بعدها لمس أي شيء من الأشياء السابقة وعدم السماح بغسل يديه لمدة نصف ساعة حتى الساعتين، بعدها تم تخليص عبدالله من هذا السلوك القهري وشعوره بالراحة جراء ذلك، وتم إرشاد عبدالله لاستخدام بعض فنيات المساعدة الذاتية أهمها ممارسة الاسترخاء لمدة ربع ساعة يوميا أو المشي أو القيام ببعض العبادات أو استخدام الانترنت.

الجلسة السابعة

اليوم............ **التاريخ ....**

وصف الجلسة:

توضيح وتطبيق استراتيجية استراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي فنية وقف الأفكار مع رواية قصة بعنوان "**الطالب الشكاك**" والمتعلقة بوسواس الشك للأفكار.

الأهداف:

- أن يتعرف أعضاء المجموعة من خلال القصة على أهم الأفكار القهرية المتعلقة بالشك.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على الآثار الأكاديمية المترتبة على الأفكار الوسواسية المتعلقة بالشك.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على استراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي ودورها في خفض الأفكار القهرية المتعلقة بالشك.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على فنية وقف الأفكار ودورها في خفض الأفكار القهرية المتعلقة بالشك.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على إستراتيجية التعريض التخيلي، ومنع الاستجابة بكافة خطواتها وأثرها في خفض الأفكار القهرية المتعلقة بالشك.

الأدوات:

- القصص مطبوعة.
- أقلام تظليل ملونة.
- العمل في مجموعات.
- لوح ورقي قلاب.

الأساليب والإجراءات:

- يقوم المرشد بالترحيب بالأعضاء يقوم المرشد بعدها بالتوضيح لأفراد المجموعة نموذج تفنيد أفكار اللاعقلانية، والعلاقة بينهما باستخدام اللوح الورقي نظرية (A, B, C, D, E, F):

A: المثير، أو الحدث، أو السلوك.

B: المعتقد (الأفكار اللاعقلانية).

C: النواتج الانفعالية.

D: الدحض، أو التفنيد.

E: التأثير.

F: المشاعر الجديدة.

- يقوم المرشد باستخدام أسلوب الشرح، والتوضيح باستعراض فنية التعريض ومنع الاستجابة موضحا كيف يتم تطّبقها وما لها من أثر في خفض الأفكار الوسواسية.
- بعدها بتوزيع قصة "**الطالب الشكاك**" مطبوعة على أعضاء المجموعة يطلب منهم قراءتها لمدة (10) دقائق.
- **نشاط جماعي** يقوم المرشد بتوزيع أقلام تظليل ملونة على جميع أفراد المجموعة، ويطلب منهم بعدها تحديد الأفكار القهرية المتعلقة بوسواس الشك، والآثار التي جناها مراد الطالب الشكّاك، وذلك بوضع خطر أحمر، أو برتقالي تحت الآثار الناتجة من الأفكار الوسواسية من أكثرها شدة إلى أقلها شدة، ثم يقوم المرشد بعدها بإعادة تحديدها بالتعاون مع أعضاء المجموعة، ويعرضها على اللوح الورقي.
- يقوم المرشد برواية القصة بلغة مفهومة لأعضاء المجموعة موضحاً كل ما يتعلق بها.

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بعمل مناقشة جماعية حول كيفية توظيف الأساليب العلاجية التى استخدمت خلال الجلسات السابقة بهدف عمل تغذية راجعة شاملة، ولربط جلسات البرنامج بعضها ببعض يشكر بعدها الأعضاء على مشاركتهم الفاعلة، ويتم أخيرا تحديد موعد الجلسة القادمة.

قصة الطالب الشككاك

مراد طالب في السابعة عشر من عمره يعيش مع والديه وأخوين أصغر منه فهو الولد الأكبر بين أخوته وهو متفوق في دراسته. لاحظ على نفسه أنه يقوم بتكرار كل شيء عدة مرات وذلك خوفا من أن يرسب في دراسته، وتجدر الإشارة إلى أنّ مراد لا يعاني من أي مرض جسمي، فهو يتمتع بصحة جسمية ممتازة فقد قام والده بعمل كامل الفحوصات له، ولكن منذ شهر تقريبا أصبح مراد يتأكد من ترتيب كتبه في حقيبته خمس مرات، ويتأكد من وجود مصروفه في جيبه خمس مرات، ويدخل من بوابة المدرسة خمس مرات، ويقوم بمراجعة المعلم للتأكد من إجاباته الصحيحة حوالي خمس مرات أو أكثر، مما أدى إلى حصول مراد على درجات متدنية في الدراسة على الرغم من مراجعته لها عشرات المرات. وقامت والدة مراد بمنعه من القيام بمثل هذه السلوكيات لكن ذلك أثار عصبيته، بداية رفض مراد الذهاب إلى المعالج النفسي، ولكن بعد توضيح كلا الوالدين خطر ذلك علية مستقبلا ذهب بصحبتهم للمعالج.

فقد تم الترحيب به والاستماع الفعال إليه من قبل المعالج فذكر للمعالج بأنّ لديه فكرة وسواسيه تتكرر في ذهنه، وهي أنه سيرسب في المدرسة إذا لم يقم بتكرار بعض الأفعال، على الرغم من عدم فائدتها بالنسبة له إذ يتأكد من وجود جميع كتبه في حقيبته خمس مرات ويتحقق من وجود مصروفه في جيبه خمس مرات ويدخل يوميا من بوابة المدرسة خمس مرات، ويدخل من باب صفة خمس مرات، ويقوم بمراجعة المعلم للتأكد من إجاباته خمس مرات، فقد أصبحت هذه الأفعال

تقلقه وتسبب له الإحباط، ونوع من الإحراج وخاصة أمام زملائه في المدرسة. بداية استُخدم العلاج المعرفي السلوكي فقد تم تحديد جميع الأفكار الخاطئة التي كانت تتكرر عدة مرات، وتم العمل على استبدالها من خلال تسجيل الفكرة الخاطئة والفكرة الصحيحة التي تقابلها التي كانت: "إنّ لم أقم بمثل هذه الأفعال سوف أرسب في المدرسة"، فقد تم استبدالها بفكرة إيجابية كانت إنّ مثل هذه الأفعال لا علاقة لها بنجاحي أو رسوبي في المدرسة، إنّ هذه الأفعال تهدر الكثير من وقتي وتسبب لي الإحباط والقلق، عليّ أن اخصص هذا الوقت التي تهدره هذه الأفعال لدراستي لتحقيق النجاح الذي أطمح إليه. بداية كانت درجة القلق لدى مراد عاليا ولكن في نهاية الجلسة الثانية وبعد قيام المعالج بتغيير تلك الفكرة الخاطئة واستبدالها بفكرة منطقية، لوحظ انخفاض مستوى القلق لديه إذ قام المعالج في نهاية الجلسة بتكليف مراد بواجب بيتي بإحضار تقرير بخط يده وليس مطبوعا عن ماهية الوسواس القهري وأعراضه وأخطاره.

وفي الجلسة الثالثة تم الإطلاع على الواجب المنزلي المعطى لمراد وتم مناقشته بمحتواه، إذ كان يهدف المعالج إلى زيادة فهم مراد لاضطراب الوسواس القهري، بعدها قام المعالج بتدريبه على استخدام فنية الاسترخاء العضلي فقد قام بتطبيقها أثناء الجلسة العلاجية، وفي الجلسة التالية قام المعالج بشرح فنية وقف الأفكار لمراد، إذ طلب منه أن يقوم بترديد الفكرة الوسواسية التي تتكرر عنده وهي: إنّ لم أقم بتكرار التحقق خمس مرات، من أنّ كتبي في حقيبتي، وإنّ مصروفي في جيبي واني دخلت بوابة المدرسة وإنّي راجعت المعلم خمس مرات سأرسب في صفي. بعدها رد عليه المعالج أوقف الفكرة الآن، اقطع التفكير في هذه الفكرة، عليك التفكير بشي آخر الآن، أذ قام المعالج بتكليف مراد بتطبيق هذه الفنية عند ظهور تلك الفكرة، وأنّ يقوم بالرد عليها بعبارات: عليّ التوقف عن التفكير الآن عليّ أن أتغلب على تلك الفكرة، عليّ التفكير بأشياء أخرى تسعدني.

وفي الجلسة التالية تم الشرح لمراد عن إستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة إذ تم الشرح لمراد أنه سيتم تطبيقها بشكل تخيلي وكانت كالآتي:

1- تخيل يا مراد أنك وضعت كتبك في حقيبتك بشكل عشوائي أعرف أنه شيء مزعج بالنسبة لك، إنك تشعر الآن بأنك سترسب في صفك لكن قاوم .

1- الآن انظر يا مراد إلى كتبك في حقيبتك إنها غير مرتبة .

2- لا تقم بترتيبها أقل لك لا تقم بترتيبها أمرك يا مراد بذلك انظر إلى حقيبتك لمدة ربع ساعة دقائق.

3- مراد اذهب الآن وقم بترتيب كتبك داخل حقيبتك مرة واحدة فقط قلت لك مرة واحدة إني أراقبك.

5- دعنا نتخيل يا مراد انك غير متأكد بأنّ مصروفك في جيبك مراد لا تضع يدك في جيبك آمرك بذلك اعرف انك تشعر بالقلق وتشعر بأنك سترسب في صفك لكن قاوم.

6- مراد لا تقم بوضع يدك في جيبك أمرك بذلك إني أراقبك الآن أبقى كذلك لمدة ربع ساعة.

7- مراد تأكد من أنّ مصروفك في جيبك مرة واحدة فقط انتبه إني أراقبك.

مراد الآن سنقوم بتكرار ذلك عدة مرات.

8- دعنا نتخيل يا مراد إنك تدخل باب المدرسة الآن ادخله مرة واحد فقط أقل لك لا ترجع للدخول مرة أخرى أقل لك أرجع آمرك بذلك أعرف أنك تشعر بالقلق الآن لكن ارجع أنت تشعر الآن بأنك سترسب في صفك ولكن ادخل وتوجه لصفك مباشرة آمرك بذلك.

9- مراد الآن سنقوم بتكرار ذلك عدة مرات.

10- مراد تخيل أنّ المعلم قام بتوزيع عليك ورقة الاختبار ولديك شك في إجابة إحدى الأسئلة مراد لا تقم بمراجعة المعلم آمرك بذلك أقل لك لا تذهب للمعلم اعرف أنك تشعر أنك سترسب بصفك ولكن انظر لورقتك لنهاية الحصة .

11- مراد قم الآن بمراجعة المعلم مرة واحدة فقط إنّي أراقبك أقل لك مرة واحدة.

مراد الآن سنقوم بتكرار ذلك عدة مرات.

بعدها وفي الجلسة التالية لوحظ بأن تلك الأفكار والأفعال القهرية لدى مراد قد اختفت إذ أنّ مراد يشعر الآن بالراحة نتيجة تخلصه من تلك الوساوس .

الجلسة الثامنة

اليوم............ **التاريخ** ....

وصف الجلسة:

توضيح وتطبيق استراتيجية استراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي وفنيات المساعدة الذاتية مع رواية قصة بعنوان "**نادر البطيء**" والمتعلقة بوسواس البطء للأفكار.

الأهداف:

- أن يتعرف أعضاء المجموعة من خلال القصة على أهم الأفكار القهرية المتعلقة بوسواس البطء.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على إستراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ،وفعاليتها في خفض الأفكار القهرية المتعلقة بالبطء.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة الإرشادية على أهم فنيات المساعدة الذاتية، ودورها في خفض الأفكار القهرية المتعلقة بالبطء.

الأدوات:

- القصص مطبوعة.
- لوح ورقي قلاب.
- أقلام.

الأساليب والإجراءات:

- الترحيب بأعضاء المجموعة الإرشادية يقوم بعدها المرشد بتلخيص ما دار خلال الجلسة السابق مستعرضا أهم الأساليب التي تم توضيحها، وأخذ الملاحظات من الطلبة، ومناقشتها بشكل جماعي.

- بأسلوب الشرح والتوضيح يقوم المرشد بالشرح لأعضاء المجموعة الإرشادية العلاقة بين طريقة التفكير المتبعة من قبل الفرد، وعلاقتها بالسلوك والانفعال يوضح المرشد، بعدها هدف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي المتمثل بمساعدة الفرد على تغيير نمط التفكير اللاعقلاني، وذلك من تحديد الأفكار اللاعقلانية، والعمل على تفنيد تلك الأفكار إذ يوضح كيف قام المعالج بالقصة؟ بتحديد الأفكار وتفنيدها، وإبطالها، واستبدالها بأخرى منطقية موضحاً أثر الاستراتيجية في خفض الأفكار القهرية المتعلقة بالبط.
- بأسلوب الحوار، والنقاش يقوم المرشد بتناول أبرز أساليب المساعدة الذاتية موضحاً ما تتضمنه من الاهتمام بنظام التغذية، وممارسة جميع أنواع الرياضات المحببة وتوسيع رقعة العلاقات الاجتماعية مفسراً أثرها على خفض الوساوس القهرية بشكل عام، والأفكار القهرية المتعلق يقوم المرشد بتوزيع قصة "**نادر البطئ**" مطبوعة على أعضاء المجموعة، ويطلب منهم قراءتها قراءة صامتة لمدة (10) دقائق.
- يقوم المرشد برواية القصة بلغة بسيطة تتناسب ومستوى أعضاء المجموعة مستخدماً خلالها أسلوب الحوار والنقاش وبتناول أهم الأفكار المتعلقة بالبطء الوسواسي، والواردة بقصة نادر البطئ.

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص أهم نقاط الجلسة موضحا بإيجاز الأساليب العلاجية التي استخدمت من قبل المعالج، ويتم بعدها توجيه الشكر للأعضاء على حسن الإصغاء، والاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

قصة نادر البطئ

نادر طالب في الصف الثامن يعيش في أسرة مكونة من والدين وأخت أكبر منه، وأخت أصغر منه يعمل والده في البناء، ووالدته ربة منزل، نادر طالب متفوق في دراسته، فقد حصل على معدل تسعين في الصف السابع الأساسي فهو محبوب يحظى بشعبية بين زملائه ومعلميه، ويتمتع بصحة جيدة فلا يوجد عنده أية مشاكل صحّية والحمد لله.

يشكو نادر من بعض العادات السلوكية الغريبة، والمتكررة على حد قوله فهو يقضي وقتاً طويلاً عند قيامة ببعض الأعمال اليومية الروتينية أهمها: دراسته فهو يقول "أنا احتاج لساعة ونصف لحل واجبي المدرسي الواحد على الرغم من أنه لا يحتاج لأكثر من ربع ساعة وذلك لأنني أريد أن أحصل على علامة كاملة"، إضافة لأشياء أخرى فهو يقول "أحتاج أيضا لوقت ضعف الوقت الطبيعي عند إعدادي للامتحان" -على الرغم من سهولته- ويقول أنا بطئ جدا أصبحت لا احتمل هذا فمن حوالي الشهر لاحظت أن هذا البطء ازداد فأصبح لا يُطاق إذ أصبحت أقضي نصف ساعة في تنظيف أسناني، وأحتاج أيضا نصف ساعة لتمشيط شعري، ونصف ساعة في تنظيف حذائي، وساعات طويلة في تحضيري دروسي وواجباتي-على الرغم من أن ذلك لا يحتاج الوقت الطويل- فأنا أرغب بأن أصل إلى درجة الإتقان الكامل في كل شيء، ولكن أصبح ما أقوم به يأخذ منى الوقت الكثير.

يذكر نادر بأن هذا كله أصبح يؤثر على دراسته سلبا، وعلى علاقاتي بالمحيطين، وأصبحت من أكثر المتأخرين عن المدرسة مما اضطر إدارة المدرسة بتوجيه عقوبة التنبيه النهائي بحقه بالإضافة إلى أنه رسب في امتحان اللغة العربية لأنه لم يتمكن من حل جميع أسئلة الامتحان لقوله أنّ الوقت المخصص للامتحان قليل فقد حل سؤالين فقط مما جعله يشعر بالضيق والقلق الشديدين.

قام نادر بمرافقة والدته بالذهاب للمعالج الذي قام بإعطائه بعض الاستراتيجيات الإرشادية التي اشتملت على ما يلي:

بداية تم الترحيب بنادر، وبعدها تم بناء علاقة إرشادية، ومن ثم تم الإصغاء لمشكلته فمن خلال هذه الجلسة تم تحديد أهم الأفكار القهرية لديه إذ كانت هنالك فكرة هي التي دفعت بنادر للقيام بمثل هذه الأفعال القهرية وهي: احتاج لوقت كثير لإنجاز أعمالي كلها لتصبح أكثر اتقاناً فلا أقبل أقل من ذلك.

لقد تم استبدال هذه الفكرة بفكرة أخرى أكثر منطقية مفادها عليّ أن أعطيَ كل عمل من أعمالي اليومية وقتاً يناسبه لا أتجاوزه بعدها تم الطلب من نادر بالمقارنة بين كلا الفكرتين بتحديد إيجابيات، وسلبيات كل فكرة عليه، وأيهما أفضل بالنسبة له فقد أكّد نادر بأنّ الفكرة الأولى الخاطئة أصبحت تقلقه، وتتسبب بإهدار وقته بالإضافة لتأثيرها عليه من ناحية أكاديمية، واجتماعية فأصبح متأخراً عن زملائه في مراجعة الدروس بالإضافة للإحراج، والقلق الذي يشعر به.

بعدها تم إعطاء نادر واجب للمرة القادمة بإحضار تقرير عن الوسواس القهري، وتحديداً عن البطء الوسواسي إذ أنّ الهدف من الواجب البيتي زيادة معرفة نادر بالوسواس القهري بعدها تم تدريبه على مهارات الاسترخاء العضلي، وتطبيقها أثناء الجلسة العلاجية إذ تم تكليفه بتطبيقها في البيت عند شعوره بالقلق وفي الجلسة التالية تم توضيح لنادر فنية تُعرف بفنية وقف الأفكار فقد تم الطلب من نادر بتكرار الفكرة الوسواسية عدة مرات بصوت عالٍ، ومن ثّم قيام المعالج بالرد عليه بصوت مرتفع أوقف هذه الفكرة عليك أن تقطع التفكير بهذه الفكرة بعدها تم تكليف نادر بواجب بيتي يتركز بالقيام بتحديد خمسة أعمال روتينية يقوم بها يوميا، ومن ثم تحديد وقت لكل عمل، وضبط المنبه بمساعدة والدته، فمثلا واجبه البيتي في الرياضيات يحدد له خمسة عشر دقيقة فقط

ويقول لنفسه لن يستغرق معي الواجب أكثر من ذلك فهذا الوقت كافٍ يجب عليّ التقيد بالوقت المحدد وعند رنين المنبه يجب عليه الانتقال لواجب آخر، وهكذا لكل الأعمال الروتينية.

بعدها قام المعالج بتوجيه نادر للقيام بممارسة الرياضة ككرة القدم، أو المشي، أو إتباع نظام غذائي جيد، والقيام بزيارات لأقاربه، أو أصحابه، المقربين، وبعد تطبيق الاستراتيجيات الإرشادية المعطاة من قبل المعالج لوحظ انخفاض الوسواس القهري لدى نادر مما يدل على فعالية الخطة العلاجية المطبقة.

الجلسة التاسعة

اليوم............ **التاريخ ....**

وصف الجلسة:

توضيح وتطبيق استراتيجية استراتيجية التعريض ومنع الاستجابة أسلوب المراقبة الذاتية مع رواية قصة بعنوان "**الابن المدلل**" والمتعلقة بوسواس النظافة.

الأهداف:

- أن يتعرف أعضاء المجموعة من خلال القصة على أهم الأفكار والأفعال القهرية المتعلقة النظافة.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على إستراتيجية التعريض، ومنع الاستجابة وفعاليتها في خفض الأفكار، والأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة الإرشادية على أسلوب المراقبة الذاتية ودورها في خفض الأفكار، والأفعال المتعلقة بوسواس النظافة.

الأدوات:

- القصص مطبوعة.
- لوح ورقي قلاب
- أقلام.

الأساليب والإجراءات:

- يقوم المرشد بالترحيب بأعضاء المجموعة الإرشادية، وبعدها يقوم بتلخيص موجز للجلسة السابقة مجيباً عن أي سؤال يتم طرحة من أعضاء المجموعة.

- يقوم المرشد بالشرح، والتوضيح باستعراض فنية التعريض ومنع الاستجابة، وكيفية توظّيفها لخفض مستوى الوسواس القهري عارضاً خطواتها على اللوح الورقي بالترتيب.
- يقوم المرشد باستخدام أسلوب الحوار والنقاش بالحديث عن طريقة المراقبة الذاتية موضحا كيف توظيفها لخفض درجة أعراض اضطراب الوسواس القهري.
- يقوم المرشد بتوزيع قصة "**الابن المدلل**" مطبوعة على أعضاء المجموعة طالباً منهم قراءتها لمدة (10) دقائق.
- يقوم المرشد برواية القصة بلغة مبسطة يفهمها أعضاء المجموعة موضحا كل مايتعلق بها.

الواجب البيتي:

يطلب المرشد من كل عضو من الأعضاء أن يكتب مشكلته بطريقة القصة موضحاً معاناته دون ذكر أي طرق العلاج قام باستخدامها.

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص أهم ما دار في الجلسة، وشكر الأعضاء على جهودهم، ويتم بعدها تحديد موعد الجلسة القادمة.

قصة الابن المدلل

أسامة طالب في الصف الثاني ثانوي يعيش في أسرة مكونة منه، ومن والديه فقط فهو الولد الوحيد، والمدلل يعمل والده مدرساً في إحدى الجامعات، ووالدته طبيبة أسنان يتمتع أسامة بصحة جيدة فيما عدا بعض المشكلات في نقصان الوزن التي تم التغلب عليها بإتباع نظام غذائى.

أسامة طالب كبقية الطلاب له علاقات جيدة بمن حوله من معلمين، وزملاء لاحظ أسامة على نفسه في الشهر الماضي تكراره لأفعال يوميه؛ إذ يقوم بالاستحمام ثلاث مرات في اليوم وخلال ذلك يغسل وجهه كل ساعة عشرة مرات وقدميه عشرة مرات، ويقوم برمي أغلب الأشياء التي لمسها غيره لاعتقاده بأنها أصبحت ملوثة، ولا يأكل من طعام الخادمة، ويقول أنّ طعامها ملوث ملئ بالجراثيم فيقوم بنفسه بإعداد بعض الوجبات السريعة مما أدى ذلك إلى نقصان وزنه إذ أنّ هذه الأفعال تستهلك وقتا كبيراً حوالي الساعتين يوميا مما أثّر على دراسته وخصوصا أنه في مرحلة حرجة هي المرحلة الثانوية العامة فعامل الوقت مهم بالنسبة له.

قام أسامة بصحبة والده بمراجعة المعالج فقد قدّم له بعض الاستراتيجيات العلاجية، وكانت على النحو الآتي:

بداية وبعد الترحيب به، وبناء علاقة إرشادية معه تم استيضاح مشكلة أسامة فقد تم تحديد الأفكار، والأفعال القهرية لديه وبعدها تم ترتيبها من أكثرها شدة لأقلها شدة حسب مستوى القلق إذ كان عدم استحمامه في اليوم ثلاث مرات أشدها تلاها شده غسله ليديه بعد لمسه لأي شيء ثم تلاها عدم تناول لطبخ الخادمة لاعتقاده بأنه غير نظيف ومليء بالجراثيم، وتلاها تكرار غسله لوجهه، ثم تلاها تكرار غسله لقدميه بعدها تم إعطاء أسامة واجب بيتي يتمثل بالمراقبة الذاتية، وذلك بقيامة بكتابة الفكرة أو الفعل القهري ضمن جدول ففي العمود الأول يقم بكتابة الفكرة او الفعل القهري، وفي العمود الثاني يرصد عدد مرات حدوثه، وفي العمود الثالث مجموع تكراره، يقم

بعدها بوضعها على خزانة ملابسة، ويقوم بمقارنة عدد مرات حدوث تلك الأفكار والوساوس باليوم الذي سبقه؛ إذ أنّ الهدف من ذلك هو إشعار أسامة بتفاهة وسخافة مثل هذه الأفكار، والأفعال القهرية التي يقوم بتكرارها مما يجعله يعطي اهتماماً أكثر لدراسته وحياته بشكل عام

في الجلسة التالية تم مناقشة أسامة بالواجب البيتي إذ لاحظ المعالج بأنّ الأفكار، والوساوس انخفضت، ولكن ليس بالمستوى المطلوب بعدها تم تدريب أسامة على فنية الاسترخاء العضلي، وتم تطبيقها داخل غرفة المعالج بعدها تم توضيح فنية التعرض ومنع الاستجابة لأسامة إذ تم إبلاغه أنه سيتم تطبيقها بشكل تخيلي، وفي الجلسة التالية تم إعادة شرح كيفية تطبيق هذه الفنية لأسامة بعدها تم تطبيقها، وكانت على النحو الآتي:

1- تخيل يا أسامة أنّك لمست مغسلة الحمام المتسخة ووضعت يديك على وجهك وقدميك أعرف أنه شيء مزعج ومقلق بالنسبة لك لكن قاوم .

2- انظر الآن يا أسامة إلى يديك ووجهك إنّ جميعها متسخة جداً.

3- أسامة لا تقم بغسلها لا تقم بغسلها آمرك بذلك يا أسامة انظر إلى يديك لمدة خمس عشرة دقيقة.

4- أسامة حدد كمية مقبولة من الماء، والصابون اغسل يديك، ووجهك، وقدميك الآن مرة واحدة فقط قلت لك مرة واحدة فقط ،أسامة إني أراقبك .

أسامة الآن سنقوم بتكرار ذلك عدة مرات.

ثانيا:

1- تخيل يا أسامة أنّك تشعر بالجوع، واضطررت لتناول الطعام من طبخ الخادمة أنت تتناول الطعام الآن أعرف أنه شيء مقرف بالنسبة لك لكن قاوم.

2- أسامة استمر في تناول الطعام ابق هكذا لتكمل الصحن الذي أمامك أقل لك أكمل الصحن الآن.

3- أسامة لا تقم بإعادة ملء الصحن هذا يكفي .

أسامة الآن سنقوم بتكرار ذلك عدة مرات.

لوحظ بعد قيام أسامة بتطبيق مثل هذه الاستراتيجيات بأنّ الأفكار، والوساوس قد انخفضت بشكل ملفت إذ طلب المعالج منه تكرار استخدام حديث الذات الإيجابي كتكرار التلفظ بعبارات مثل هذه الأفعال، والأفكار تهدر وقتي فأنا بحاجة لهذا الوقت وقتي ثمين يجب أن أقضية في دراستي أنا سأتوقف عن تكرار هذه الأفعال أستطيع أن أوقفها أنا أقوى منها بكثير.

الجلسة العاشرة

اليوم............ **التاريخ ....**

وصف الجلسة:

توضيح وتطبيق استراتيجية استراتيجية التعريض ومنع الاستجابة فنية وقف الأفكار مع رواية القصة بعنوان "**أنس الموسوس** والمتعلقة بالشك الوسواسي.

الأهداف:

- أن يتم استعراض الواجب البيتي من قبل أعضاء المجموعة ليتم مناقشته بشكل جماعي.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على إستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة، وفعاليتها في خفض الأفكار، والأفعال القهرية المتعلقة بالشك.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة الإرشادية على فنية وقف الأفكار ودورها في خفض الأفكار والأفعال المتعلقة بوسواس الشك.

الأدوات:

- القصص مطبوعة.
- الحوار والنقاش.
- لوح ورقي قلاب.
- أقلام.

الأساليب والإجراءات:

- بداية يقوم المرشد بالترحيب بأعضاء المجموعة الإرشادية، يقوم بعدها بإعطاء كل عضو فرصة لاستعراض الواجب البيتي، وبشكل اختياري طوعي يتخلله أخذ ملاحظات من أعضاء المجموعة الإجابة عن استفساراتهم .

- يقوم المرشد بعدها مستخدما أسلوب الشرح، والتوضيح بالحديث عن إستراتيجية وقف الأفكار، وكيفية وتوظّيفها لخفض مستوى الوسواس القهري المتعلق بالعبادات.

- يقوم المرشد بعدها بتوزيع قصة "**أنس الموسوس** " مطبوعة على أعضاء المجموعة، ويطلب منهم قراءتها لمدة (10) دقائق.

- يقوم المرشد برواية القصة بلغة بسيطة يفهمها أعضاء المجموعة موضحاً كل ما يتعلق بها.

- **نشاط جماعي:** يقوم المرشد بالطلب ممن يرغب من الأعضاء بتمثيل قصة أنس بشكل مسرحي (السيكودراما) للوضوء، والصلاة، ويقوم المرشد بعدها بطلب من الأعضاء بعمل تقييم لأهم الآثار السلبية المترتبة على المشهد.

- يقوم المرشد باستخدام أسلوب الحوار، والنقاش بالحديث عن حكم الشرع في وساوس العبادات بشكل خاص.

واجب بيتي:

يطلب المرشد من أعضاء المجموعة بالرجوع للإنترنت (**Internet**) وكتابة جميع الأحكام الشرعية المتعلقة بالوسواس القهري لعرضها في الجلسة القادمة.

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص أهم ما دار في الجلسة، وشكر الأعضاء على جهودهم، ويتم بعدها تحديد موعد الجلسة القادمة.

قصة أنس الموسوس

أنس طالب في الصف العاشر الأساسي يعيش في أسرة مكونة من والديه، وأخت أكبر منه، وأخ أصغر منه يعمل والديه في قطاع التعليم والده مدّرس ووالدته كذلك.

أنس طالب متفوق في دراسته فقد حصل على معدل 96% في الصف التاسع الأساسي؛ فهو يتمتع بصحة جيدة ولا يوجد لديه أي مشكلات جسمية لوحظ على أنس منذ حوالي الشهرين أنه يقوم بتكرار الوضوء للصلاة حوالي خمس عشرة مرة في كل صلاه؛ إذ تتكرر في ذهنه شكوك بأنه قد نسي مرة رأسه، ومرة أخرى قدميه، ويطلب من والدته أن تتأكد بأنّه يوجد على قدميه، أو وجهه، أو رأسه ماء، وعند قيامة بالصلاة أيضا يقوم بإعادة الصلاة مرات ومرات حوالي عشر مرات لكل فرض صلاة فقد تتكرر في ذهنه أفكار بأن صلاته باطلة فأي شكّ في أي حرف من حروف سورة الفاتحة يقوم فورا بقطع الصلاة وإعادتها من جديد.

لقد أصبحت هذه الأفعال تهدر وقت أنس بدلاً من تخصيصها للدراسة، أو القيام بأعمال أخرى فأصبحت تأتي لأنس أفكار بأن يترك الصلاة نهائيا فقد أصبح يشعر بالإحراج الشديد أمام أسرته والناس؛ إذ يضطر لترك الصلاة، والخروج من المسجد عند أدائه الصلاة جماعة ؛ فإنّ هذا قد زاد من شعوره بالقلق، والضيق.

بعدها قرر أنس مراجعة المعالج فقد قام بإعطائه مجموعة من الاستراتيجيات الإرشادية كانت على النحو الآتي: تم بداية الترحيب بأنس فقد تم الإصغاء الفّعال لمشكلته فكان الهدف من وراء ذلك تحديد أهم الأفكار، والأفعال القهرية التي يعاني منها أنس فقد كانت أهم الأفكار"إن وضوئي خطأ إن الله سيعاقبني على هذا" أمّا الأفكار التي تتعلق بالصلاة فتركزت في أنّ صلاتي خاطئة لن يقبل الله صلاتي سأدخل النار بعدها تم تدريبه أثناء الجلسة الإرشادية على فنية الاسترخاء العضلي، فقد تم تطبيقها داخل غرفة المعالج بعدها قام المعالج بإعطائه واجب بيتي بإحضار تقرير عن حكم

الشرع في وسواس العبادات، وفي الجلسة التالية قام المعالج بمناقشة أنس بالتقرير الذي قام بإعداده فكان هدف المعالج تغيير أفكار أنس فقد تم الاستشهاد بالأحاديث النبوية، ورأي علماء المسلمين في هذا الخصوص بعدها تم توضيح إستراتجية التعريض ومنع الاستجابة لأنس فقد تم شرحها بالتفصيل له، وكانت على النحو الآتي:

1- تخيل يا أنس أنك تتوضأ الآن تتنابك أفكار بأنك قد نسيت أحد أركان الوضوء أنس لا تقم بتكرار الوضوء آمرك بذلك أقل لك لا تكرر الوضوء مرة أخرى أعرف أنه شيء مزعج أنت تشعر بأنّ الله سيعاقبك لكن قاوم .

2-أنس انتظر مدة خمس عشرة دقيقة لا تقم إثناءها بإعادة الوضوء.

3- أنس اذهب الآن، وأعد الوضوء إن أردت ذلك.

أنس الآن سنقوم بتكرار ذلك عدة مرات.

وتجدر الإشارة إلى أنّه تم التوضيح لأنس قاعدة (15) دقيقة أي عليه أن يؤخر استجابته أي تكرار الوضوء إن تكررت تلك الأفكار الوسواسية في ذهنه وذلك لمدة (15) دقيقة في الأسبوع الأول من العلاج وفي الأسبوع الثاني (30) دقيقة وفي الأسبوع الثالث (45) دقيقة وفي الأسبوع الرابع (60) دقيقة وذلك حتى يتم تأجيل استجابته للصلاة القادمة، وأمّا فيما يتعلق بوساوس الصلاة؛ فقد تم تطبيق إستراتيجية التعريض ومنع الاستجابة:

1- تخيل يا أنس أنّك تصلى الآن وتتنابك أفكار بأنك قد نسيت أن تقرأ جزءاً من الفاتحة، أو أنك أخطأت بقراءتها أنس لا تقم بقطع الصلاة، والخروج منها آمرك بذلك أقل لك لا تقطع الصلاة آمرك بذلك أعرف أنه شيء مقلق، وأنك تشعر بأنّ صلاتك باطلة وأنّ الله سيعاقبك، ويدخلك النار، لكن قاوم.

2- أنس انتظر مدة خمس عشرة دقيقة لا تقم اثناءها بإعادة الصلاة.

3- أنس أذهب الآن، وأعد الصلاة إن أردت ذلك.

أنس الآن سنقوم بتكرار ذلك عدة مرات.

وفي الجلسة التالية تم توضيح فنية وقف الأفكار له فهي تشتمل على قيام أنس بإشغال نفسه بأفكار أخرى عندما ترد إلى ذهنه تلك الأفكار التي تدفعه إلى تكرار الأفعال القهرية كإشغال نفسه بالأذكار بعد الوضوء، والصلاة، والخروج مباشرة من مكان الوضوء، والصلاة أو الانشغال بحديث مع عائلته فبعد قيامه بدقائق بتلك السلوكيات فور انتهائه من الوضوء، والصلاة ستقل تلك الشكوك الوسواسية إلى أن تنتهي نهائيا. وبعد قيام أنس بتكرار تطبيق تلك الاستراتيجيات لوحظ بأن الشكوك الوسواسية، والأفعال القهرية قد انتهت فأصبح أنس من المحافظين على صلاة الجماعة في المسجد، وفي البيت أيضا.

الجلسة الحادية عشر

اليوم............ **التاريخ ....**

وصف الجلسة:

توضيح وتطبيق استراتيجية استراتيجية التعريض ومنع الاستجابة فنية وقف الأفكار مع رواية قصة بعنوان "**الممرض المثالي**" والمتعلقة بالبطء الوسواسي.

الأهداف:

- أن يستعرض أعضاء المجموعة الواجب البيتي ليتم مناقشته بشكل وجماعي.
- أن يتعرف أعضاء المجموعة على العلاج العقلاني الانفعالي، وفعاليتها في خفض الأفكار، والأفعال القهرية المتعلقة بالبطء.

الأدوات:

- القصص مطبوعة.
- لوح ورقي قلاب.
- أقلام.

الأساليب والإجراءات:

- يقوم المرشد مرحباً بأعضاء المجموعة الإرشادية، ويقوم بعدها بتلخيص محتوى الجلسة السابقة.
- يقوم المرشد باستخدام أسلوب الشرح، والتوضيح باستعراض فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وكيفية توظّيفها لخفض الأفكار، والأفعال المتعلقة بالبطء الوسواسي.
- يقوم بعدها بتوزيع قصة "**الممرض المثالي**" مطبوعة على أعضاء المجموعة طالباً منهم قراءتها لمدة (10) دقائق.
- يقوم المرشد برواية القصة بلغة مفهومة لأعضاء المجموعة موضحاً كل ما يتعلق بها.

التلخيص والإنهاء

يقوم المرشد بتلخيص أهم ما دار في الجلسة وشكر الأعضاء على جهودهم، والتوضيح لهم بأن الجلسة القادمة ستكون مناقشة عامة حول البرنامج الإرشادي، والقصص بعدها تم تحديد موعد الجلسة القادمة.

قصة الممرض المثالي

سعيد يبلغ من العمر واحداً وعشرين عاما يعمل ممرضاً في إحدى المستشفيات الخاصة يعيش مع والديه، وأخيه الأصغر منه. يتمتع سعيد بحالة صحية ممتازة، والحمد لله سعيد مجتهد في عملة فهو دائما يحصل على ثناء من رئيس القسم في المستشفى، ولكن لاحظ سعيد خلال الشهر الماضي بأنه أصبح بطئ كثيرا عند قيامة بالأعمال اليومية كحلاقة لحيته، وارتداء ملابسه إذ يرغب أن يكون مرتباً بشكل كامل أما الشيء الذي يقلقه بشكل أكثر هو انجازه أيضا لأعمال مهنته بشكل بطئ جدا إذ أنّ سعيد يأخذ وقتاُ كبيراً جدا لقراءة ما يجب عليه إعطاءه لكل مريض فهو يصّر على قراءة ملف كل مريض بشكل منفصل ولمدة عشرين دقيقة لكل مريض.

يذكر سعيد أن هذه الأعمال لا تحتاج أكثر من دقائق معدودة إذ يطمح أن يصل في عملة لدرجة الكمال ففي الأسبوع السابق من مراجعته للمعالج النفسي ازداد البطء عند سعيد، وأصبح يشعر بالإحراج الشديد من والديه وبالأخص زملائه في العمل فهو دائما ما يتأخر عن عملة بسبب قضائه ما يقارب الساعة، والربع في تجهيز نفسه إضافة إلى الإحراج من الطبيب المشرف عليه؛ فهو دائما ما ينبهه بالإسراع أكثر في قيامة بأعماله إذ حصل سعيد تبعا لذلك على تقرير وظيفي مقبول للسنة الحالية، وأصبح مهدداً بالفصل من عمله قام أحد زملائه بنصحه بضرورة مراجعة المعالج النفسي فقد أخذ برأيه، وقام بمراجعة المعالج النفسي إذ تم الترحيب به، وبعدها قام المعالج بالإصغاء الفعال لمشكلته فقد أوضح سعيد معاناته للمعالج، وأنه يرغب بالوصول في كل شيء للكمال الزائد حتى يحصل على إعجاب المحيطين به فقد حدد المعالج خلال هذه الجلسة أهم

الأفكار الخاطئة لدى سعيد والتي كانت تدور حول فكرة محددة، وهي يجب عليّ أن أصل بكل أعمالي للكمال الزائد حتى أحصل على إعجاب وتقدير الآخرين فقد تم تغيير هذه الفكرة الخاطئة عنده، واستبدالها بفكرة ايجابية كانت على كل شخص أن ينجز عمله بإتقان على أن يكون ذلك في حدود قدراته، وفي حدود الوقت المعقول للإنجاز بعدها قام المعالج بتكليفه بواجب منزلي المكاسب، والخسائر التي جناها من تلك الفكرة الخاطئة.

وفي الجلسة التالية قام المعالج بمناقشة سعيد بالتقرير فقد كانت الخسائر التي ستلحق به أكثر بكثير من تلك المكاسب فقد يخسر عمله أولها وثانيها سيبقي يشعر بالقلق، والإحراج من المحيطين به وستنتابه مشاعر الاكتئاب، والوحدة، والعزلة إذ أكد سعيد أنّ عليه مقاومة تلك الفكرة القهرية، واستبدالها بفكرة ايجابية؛ فقد قام المعالج خلال هذه الجلسة بتدريب سعيد على فنية الاسترخاء العضلي لتطبيقها في المنزل، وحتى في العمل في وقت استراحته.

وفي الجلسة التالية قام المعالج بالتوضيح لسعيد أن علية أن يقوم بتحديد وقت لكل عمل يعمله وذلك بضبط منبه لذلك ففيما يتعلق بحاجاته الشخصية يحدد وقتاً مثلا خمس دقائق لحلاقة لحيته لا يتجاوزه وعشر دقائق لارتداء ملابسه لا يتجاوزه وكذلك بالنسبة لقراءة ملف المرضى إذ يردد أثناء قيامة بتلك الأعمال عليّ الإسراع عليّ الانتهاء قبل الوقت المحدد هذا العمل لا يستحق أكثر من ذلك، ويطلب من والدته وأحد زملائه تنبيهه أيضا فور انتهاء الوقت، وعند ظهور الفكرة الوسواسية من جديد عليه صرف انتباهه لموضوع آخر كالحديث مع والدته، أو مع أحد أصدقائه، أو بتكرار الحديث الذاتي كقوله سأقاوم تلك الفكرة تلك الفكرة ستتسبب بخسارتي لوظيفتي ستسبب لي القلق، والاكتئاب عليّ إنجاز أعمالي أولاً بالوقت المطلوب. فقد أصبح سعيد ينجز أعماله بالوقت الطبيعي دون زيادة، أو نقصان فقد مدحه رئيسه في العمل، وأصبح يشعر بالسعادة جراء اختفاء تلك الأفكار، والأفعال الوسواسية.

الجلسة الثانية عشرة

الجلسة الختامية

اليوم............ **التاريخ** ....

وصف الجلسة:

مناقشة عامة حول البرنامج.

الأهداف:

1. أن يتم إجراء نقاش عام حول فعالية جلسات البرامج الإرشادي والقصص المتضمنة.
2. أن يقوم أعضاء المجموعة بإعطاء تقييم للبرنامج الإرشادي.
3. أن يتم إجراء القياس البعدي بتطبيق مقياس الوسواس القهري.
4. أن يتم الاتفاق مع أعضاء المجموعة على آلية المتابعة.

الأدوات:

- الحوار والنقاش.
- لوح ورقي قلاب.
- أقلام.
- التعزيز المادي واللفظي.

الأساليب والإجراءات:

- يرحب المرشد بأعضاء المجموعة ثم يقوم بعدها بتبليغهم بأنّ هذه الجلسة هي الجلسة النهائية وأنه سيقوم بتلخيص لمحتوى جلسات البرنامج يتم بعدها عمل نقاش، وحوار حول البرنامج وأخذ تغذية راجعة من الطلبة حول فعاليته.

- **يقوم المرشد بالطلب من الأعضاء تقييم البرنامج بالإجابة عن الأسئلة التالية:**

- ما مدى استفادتك من هذا البرنامج؟
- ما هي التوقعات التي حققها لك البرنامج الإرشادي، وما هي التوقعات التي لم يحققها لك؟
- ما الذي أعجبك في هذا البرنامج؟ وما الذي لم يعجبك؟
- لو وضعت قائدا لهذه المجموعة، ما الذي كنت ستفعله؟

- يقوم المرشد بعدها بأخذ ملاحظات الأعضاء ليتم مناقشتها بشكل جماعي.
- الاتفاق على طريقة المتابعة.
- يطبق المرشد مقياس الوسواس القهري لمعرفة مستوى تأثير البرنامج.
- يشكر المرشد الأعضاء على جهودهم والتزامهم ويؤكد لهم ضرورة تطبيق ما سمعوه، ويطلب منهم الحفاظ على سّرية لما جرى داخل المجموعة يتم بعدها القيام بعمل احتفالية متواضعة لأعضاء المجموعة يتم بعدها توزيع بعض الهدايا البسيطة عليهم.

Abstract

Abdullah, Abd-Alrhman Mohammad . (2014). The Effect of a Group Counseling Program on Reducing Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder among a Sample of Primary School Students . Ph.D. Thesis, Yarmouk University. (Supervisor: Dr. Abdul-Kareem Jaradat).

The study aimed to investigate the effect of a group counseling program based on a story telling strategy in reducing the obsessive compulsive disorder (OCD) in a sample of primary school students. The study population consisted of (220) students in the eighth, ninth and tenth grades in one of Northern Al-Mazar schools. To achieve the objectives of the study, the researcher developed a scale for obsessive compulsive disorder consisted of (36) items, in addition to conducting diagnostic interviews for all participants who obtained the highest scores on the OCD scale. The study sample consisted of 20 students, who were assigned randomly into two groups: An experimental group, and a control group. There were 10 students in each of these groups. The experimental group received a group counseling program to reduce the level of OCD, composed of 12 sessions; while the control group did not receive any treatment.

The results of the study showed that the experimental group scored significantly lower than the control group on all OCD subscales in both the post-test and the follow up-test. The effect sizes were large . This confirms the stability of the therapeutic efficacy of the program in reducing all types of OCD related to cleaning, doubting and slowness.

According to these results, the researcher presented a number of recommendations including using the cognitive behavior strategic including story telling strategic in reducing symptoms OCD among .adolescent students in schools

Key Words: Group Counseling , obsessive- compulsive disorder.